1920 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SEZIONE PRATICA

Vol. XXVII — Anno 1920

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1920

COLLABORATORI EFFETTIVI
DELLA SEZIONE PRATICA
per il 1920.

Abbruzzetti dott. Alfonso - Burano.
Aiello Giuseppe - Roma.
Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Angela dott. Carlo - Torino.
Angioni dott. Gavino - Cagliari.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Aperlo prof. Giovanni - Pavia.
Apolloni dott. Giovanni - Roma.
Arrigoni dott. Costanzo - San Zenone al Po.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Maurizio - Catania.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Baggio prof. Gino - Roma.
Bandiera dott. Eugenio - Villanova
Barzilai dott.sa Gemma - Roma.
Basile prof. Carlo - Roma.
Basile prof. Giuseppe - Roma.
Battaglia prof. Mario - Napoli.
Belgrano prof. Carlo - Genova.
Bellandi prof. Ernesto - Alessandria d'Egitto.
Benedetti prof. Umberto - Catania.
Beretta dott. Ernesto - Alessandria.
Bertoli dott. Pietro - Cremona.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Blueh dott. - Roma.
Bolaffio prof. Michele - Roma.
Bonanni prof. Attilio - Pavia.
Borelli prof. Luigi - Torino.
Bruzzone prof. Carlo - Torino.
Calcaterra prof. C. - Pavia.
Cammarata dott. Giovanni - Caltanissetta.
Campani prof. Arturo - Brescia.
Carpi prof. Umberto - Lugano.
Casati prof. Eugenio - Ferrara.
Castelli dott. Carlo - Bergamo.
Castex prof. Mariano R. - Buenos Aires.
Cavazzani dott. Tito - Pallanza.
Cavina dott. Giovanni - Bologna.
Cesetti dott. Pietro - Roma.
Ciccarelli dott. Filippo - Barletta.
Cignozzi prof. Oreste - Grosseto.
Cinaglia dott. Raniero - Amandola.
Ciulla prof. Mario - Palermo.
Conforti dott. Giovanni - Mottafollone.
Curatolo dott. Francesco - Roma.
D'Antona dott. Serafino - Siena.
Debenedetti dott Ettore - Asti.
De Blasi dott. Alberto - Lecce.
De Dominicis dott. Angelo - Milano.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
De Gregorio dott. Carlo - Roma.
Dian prof. Antonio - Venezia.
Di Mattei dott. Pietro - Roma.
Dori dott. Luigi - Pavia.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Ducrey prof. Augusto - Roma.
Durante prof. Luigi - Genova.
Egidi prof. Guido Roma.
Egidi prof. Guido - Roma.
Fagiuoli prof. Antonio - Catania.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Fasani-Volarelli prof. Francesco - Siena.
Fasano prof. Mario - Asti.

Fermi dott. Francesco - Piacenza.
Ferrarini prof. Guido - Pisa.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Ficai prof. Giuseppe - Arezzo.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fornara dott. Luigi - Novara.
Fornara Pietro - Novara.
Fossataro prof. Enrico - Venezia.
Furno prof. Alberto - Imola.
Gabri dott. Giuseppe - Alessandria.
Gaglio prof. Gaetano - Roma.
Gabulsera prof. Severo - Sassari.
Fumarola prof. Gioacchino - Roma.
Galli prof. Giovanni - Roma.
Gallo dott. Ettore - Cosenza.
Garosci dott. Carlo - Torino.
Gasbarrini prof. Antonio - Pavia.
Gasco dott. Enrico - Torino.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Gentile dott. Nicola - Roma.
Giani prof. L. - Roma.
Giannelli prof. Augusto - Roma.
Giglio A.
Gioseffi prof. Mauro - Parenzo
Gorini prof. Costantino - Milano.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Ilvento prof. Arcangelo - Roma.
Izar prof. Guido - Catania.
La-Monica dott. Ugo - Roma.
Lazzarini dott. Tommaso - Albona d'Istria.
Lollini dott.sa Livia - Roma.
Lombardo prof. C. - Sassari.
Luridiana dott. Pietro - Sassari.
Luzzatti prof. Tullio - Roma.
Mafera dott. Giuseppe - Treviso.
Maffi prof. Attilio - Milano.
Maggiore dott. Luigi - Roma.
Magi dott. Augusto - Firenze.
Manini dott. Leonida - Roma.
Marchesini prof. Rinaldo - Roma.
Marcialis dott. Giuseppe - Sassari.
Marcora prof. Ferruccio - Roma.
Masci dott. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massini prof. Luigi - Genova.
Mendes prof. Guido - Roma.
Micheli prof. Cesare - Roma.
Micheli prof. Ferdinando - Firenze.
Milesi dott. Giuseppe - Bergamo.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Moccia dott. Gaetano - Venezia.
Monguzzi dott. Umberto - Novara.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Monti dott. Giuseppe - Bergamo.
Morelli prof. Eugenio - Pavia.
Nardelli dott. Leonardo - Trento.
Neumann dott. Alfredo - Vienna.
Nicotra dott. Antonio - Milano.
Novaro dott. Nicola - Siena.
Oggero dott. Cesare Fausto - Cividale.
Ottolenghi prof. Donato - Siena.
Pacieri dott. Domenico - Spoleto.
Padovani prof. Gaetano - Ferrara.
Pantaleoni dott. Pio - Forlì.
Pari prof. Giovanni Andrea - Padova.
Pastore dott. Salvatore - Roma.

Pedrazzini dott. Francesco - Milano.
Pergher dott. Leopoldo - Trento.
Pezzi prof. Cesare - Milano.
Philippson prof. Luigi - Palermo.
Piccardi prof. Girolamo - Torino.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Pilotti dott. Giovanni - Roma.
Pincherle dott. Pino - Milano.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pirondini dott. Eugenio - Roma.
Pittarelli dott. Emilio - Chieti.
Pizzetti dott. Dino - Siena.
Podestà dott. Ernesto - Parma.
Poggiolini prof. Aurelio - Comacchio.
Polettini dott. Bruno - Pisa.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Porru dott.sa Carlotta - Sassari.
Pozzo dott. Antonio - Venezia.
Prati dott. Alessandro - Roma.
Prebil dott.sa M. - Viterbo.
Preti prof. Luigi - Milano.
Puntoni dott. Lino - Bologna.
Pusateri prof. Santi - Palermo.

Ramoino prof. Paolo - Nervi.
Ricci prof. Omero - Roma.
Roasenda dott. Giuseppe - Torino.
Romano dott. Nicola - Buenos Aires.
Ronchetti dott. Vittorio - Milano.
Rossi prof. Felice - Forlimpopoli.
Rusca dott. Paolo - Roma.

Sabatucci prof. Francesco - Roma.
Sabella prof. Pietro - Roma.
Sala dott. Armando - Ronciglione.
Salvadori dott. Dino - Roma.
Salvolini dott. - Ancona.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Scala prof. Alberto - Roma.
Schiboni prof. Luigi - Roma.
Schupfer prof. Ferruccio - Firenze.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Segagni dott. Siro - Torino.
Sgambati prof. Oreste - Roma.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Simonini prof Riccardo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Sorrentino dott. Francesco - Napoli.
Spelta prof. Giulio - Cittiglio.
Spolverini prof. Luigi - Roma.

Tilli dott. Pietro - Gessopalena.
Tonietti dott. F. - Siena.
Trenti dott. Enrico - Roma.
Trogu dott. Gaetano - Cremona.

Valenti prof. Adriano - Parma.
Vecchia dott. Enrico - Trevlazer (Albania).
Vella dott. Riccardo - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Viale prof. Gaetano - Torino.
Vinci prof. Gaetano - Messina.

Zambler dott. Adelchi - Padova.
Zanon dott.sa Anna - Roma.
Zeri prof. Agenore - Roma.
Zoli dott. Costante - Faenza.
Zuccóla dott. Pier Francesco - Cuneo.

INDICE GENERALE

Vol. XXVII - 1920

Indice per rubrica

CONTRIBUTI ORIGINALI VARII.

*

PROLUSIONI.

RIVISTE SINTETICHE - RIVISTE CRITICHE QUESTIONI DEL GIORNO.

COMMENTI.

MEDICINA E IGIENE SOCIALE.

STORIA DELLA MEDICINA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Semiotica:

Medicina interna:

NELLA VITA PROFESSIONALE.

BIOGRAFIE — PROFILI — NECROLOGIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI DI MEDICINA PRATICA; AMMINISTRAZIONE SANITARIA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; ATTI PARLAMENTARI: vedi l'*Indice delle materie*.

CONCORSI: NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; ALBO D'ORO; NOTIZIE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

B

C

D

E

F

Pag.

M

P

Q

R

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1920 sulla

Sezione Medica del "POLICLINICO"

Volume XXVII (1920)

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1920 sulla *Sezione Chirurgica del* "POLICLINICO"

Volume XXVII (1920)

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed resp.

Le malattie del cuore

PERIODICO MENSILE

Fondatori: prof. FILIBERTO MARIANI e prof. ENRICO MORELLI

COLLABORATORI

ABBONAMENTI: Per un anno: Per l'Italia L. **20** - Per l'Estero Fr. **25**
Per gli associati al *Policlinico:* Per l'Italia sole L. **15** - Per l'Estero soli Fr. **20.**
Un numero separato L. 3.

Indirizzare vaglia bancari e cartoline vaglia al cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

EDITORE: Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 — ROMA

Inviare manoscritti, opere, memorie, giornali di cambio, alla Direzione:
Per abbonamenti, numeri separati ed inserzioni, rivolgersi all'Amministrazione:
Via Sistina, 14 - Roma

Anno XXVII Roma, 5 gennaio 1920 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Ai Medici Italiani,

Comincia il « Policlinico » a salire l'erta del suo XXVII anno di esistenza, sempre più diffuso, reso dall'esperienza sempre più accorto, sempre eguale nell'indirizzo clinico severo e nella onesta difesa degli interessi della classe medica. Ma l'erta è faticosa.

La medicina s'immedesima ormai così nelle molteplici manifestazioni della vita sociale, che d'ogni orientamento della politica risente i riflessi. L'anno scorso, nell'entusiasmo della nostra grande vittoria, noi vedevamo l'Italia sicura nei suoi naturali confini, libera d'ogni soggezione, assumere posto d'onore nella Lega delle Nazioni, per guidare il mondo verso ideali di elevamento umano e di giustizia sociale. Gli ideali d'Italia non sono mutati; ma il cammino delle umane genti verso il bene è così intralciato e stentato che occorrerà vincere intoppi più grossi forse che quelli della guerra, occorrerà lottare per tempo molto più lungo che la lunga guerra, prima di vedere quel radioso domani, che era promesso ai popoli liberi come premio immediato della vittoria.

Più disgraziata che le altre nazioni vincitrici, l'Italia traversa ancora un periodo di depressione politica ed economica. Noi non disperiamo tuttavia del suo avvenire.

Nell'attuale ribollimento di idee, nel cozzo di forze in contrasto, nell'esaltazione delle lotte politiche, nelle presenti difficoltà, noi osiamo presagire che si svolgeranno correnti nuove che metteranno l'Italia nei campi del pensiero e delle opere al livello delle nazioni più progredite.

Ciò nonpertanto, finchè la crisi imperversa non è consentito al giornalismo medico di proporsi vaste trasformazioni. Chi vuole assecondare con le opere le promesse fatte non può pensare a rinnovamenti che importano aumenti di lavoro e di spese, quando ogni lavoro è enormemente difficile e costoso. E nella sincerità ch'è la nostra divisa, noi dobbiamo confessare che ancora dura per noi il periodo di raccoglimento.

Raccoglimento non significa e non importa arresto, ma preparazione di energie, per spiegarle a più ampio volo. Niente s'improvvisa; senza preparazione adeguata non s'ottiene nulla di buono e di duraturo.

Finita la guerra, si è fatta, nell'anno decorso, una scelta più scrupolosa dei lavori originali; si è potuto tener conto non solo della produzione scientifica e clinica dei paesi alleati, ma anche di quella dei paesi già nemici; abbiamo affrontato le grosse questioni che alla classe medica derivavano dalla predisposta assicurazione sociale contro le malattie. Abbiamo inoltre con riviste sintetiche illustrati molti problemi clinici nuovi. A mano a mano che scemavano le esigenze della medicina di guerra nel campo clinico e nel campo degli interessi professionali, abbiamo potuto dedicare lena e lavoro alle questioni della grande clinica, al riordinamento dei servizi sanitari, ai problemi d'igiene sociale.

Per solerte e zelante che fosse, e pure opportunamente costituita nell'armonica fusione delle più varie competenze, la redazione ordinaria non poteva da sola sommare tanta copia di materiale selezionato quanta ne contiene il « Policlinico » nell'annata che si chiude.

Si deve al fiducioso accentrarsi dei lavori dei medici d'ogni scuola e d'ogni categoria, si deve allo spirito di indipendenza e al sentimento affettuoso con cui sono sempre esaminati e scelti questi lavori, per rivolgerli ai fini superiori di migliorare la coltura e l'esperienza clinica, nonchè di tutelare efficacemente i giusti interessi dei medici, se il « Policlinico » ognora guida e sorregge il medico pratico in qualunque delle sue mansioni, se esso è il vivo e vero giornale del medico pratico italiano.

Tale rimarrà, mentre noi nella simpatica convergenza di intenti e di lavoro vediamo maturare quel rinnovamento che la fede nel domani d'Italia ci addita.

LA REDAZIONE.

L'Amministrazione del "POLICLINICO" non ha atteso che l'Anno nuovo cominciasse per dar prove tangibili della sua buona volontà e degli sforzi diretti a raggiungere quei perfezionamenti tecnici del giornale che sono la sua mira costante.

Poco dopo che la guerra finì "IL POLICLINICO" riprese la sua antica veste tipografica con carta migliore di quella anti-bellica, sebbene di costo dieci volte maggiore. I lettori non ignorano la corsa sfrenata agli alti prezzi e le gravi difficoltà in cui si dibatte l'industria tipografica, specie per i continui scioperi degli operai, tuttavia l'Amministrazione lottò strenuamente per mantenere i propri impegni verso gli Abbonati ed è lieta di poter pubblicamente constatare di esservi riuscita forse al di là delle proprie speranze e poggiando unicamente sulle sue forze.

Così noi chiudiamo l'anno perfettamente al corrente, mentre altri nostri confratelli sono ancora in arretrato di mesi.

Questo recente passato è arra sicura per l'avvenire: le difficoltà da superare saranno forse maggiori, l'acuta crisi economica che attraversa la nazione sarà forse più profonda ed i costi continueranno a crescere. Gli altri giornali, e non d'Italia soltanto, hanno creduto di premunirsi aumentando notevolmente i prezzi d'abbonamento; noi restiamo fermi, per la Sezione che più direttamente interessa i medici pratici, nel prezzo attuale.

È un rischio grave che affrontiamo, ma lo facciamo volentieri e risolutamente nella fiducia che la simpatia del pubblico medico italiano continuerà sempre a sorreggerci, e che mai ci verrà meno la benevolenza dei nostri abbonati, i quali ne siamo certi, in questi difficili momenti si stringeranno attorno a noi per sostenere validamente questa nostra Opera, che vive per la classe medica e solo da essa intende di essere mantenuta.

L'AMMINISTRAZIONE.

AVVERTENZA. **In seguito al Decreto che proibisce la pubblicazione dei giornali e dei periodici nelle domeniche, « Il Policlinico », Sezione Pratica, uscirà il lunedì di ciascuna settimana.**

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA.

L'ipostenia del facciale destro negli epilettici

per il prof. LUIGI RONCORONI, direttore.

Il significato della parola « ipostenia » è già nell'uso compreso in quello di « astenia », che si adopera a significare non abolizione, ma diminuzione dell'energia funzionale di un dato sistema. Noi però qui adoperiamo la parola « ipostenia » in un senso convenizionale circoscritto e determinato, non per esprimere la semplice diminuzione di energia di un meccanismo nervoso, ma la diminuzione relativa a un meccanismo simmetrico (dall'altro lato del corpo), o anche relativa ad uno o più meccanismi sinergici, che costituiscano innsieme una funzione complessa, un'azione coordinata.

Ho osservato che frequentemente la funzionalità del territorio del ramo inferiore del facciale non si manifesta dai lue lati con energia egualmente intensa. Quando una asimmetria funzionale si manifesta in questo territorio, la deficienza d'azione appare quasi sempre dal lato destro. Il fenomeno è raro nei normali e in essi si manifesta generalmente, quando esiste, con scarsa evidenza. Esso è invece abbastanza frequente in quella categoria di ammalati nel sistema nervoso che opportunamente vien classificata sotto la denominazione generale di parafrenie e il cui carattere essenziale consiste in questo, che i disturbi sogliono manifestarsi per l'inzuenza di gravi cause ereditarie, senza che sia necessaria la presenza di cause morbose attuali per determinarne l'insorgenza. Il fenomeno si manifesta pure nelle frenastenie congenite (non cerebroplegiche), le quali del resto potrebbero essere considerate come parafrenie in cui il processo si è già iniziato e svolto fin dal periodo fetale e nella demenza precoce, che ha innegabilmente rapporti patogenetici colle parafrenie, benchè ne differisca per alcuni caratteri fondamentali.

Tra le varie forme parafreniche, è sopratutto nell'epilessia che il fenomeno appare più frequentemente e più intensamente e in cui mi sono più assiduamente applicato a metterlo in evidenza.

Non voglio qui discutere se la minor energia funzionale del territorio del facciale inferiore destro sia dovuta soltanto ad una diminuzione della energia potenziale di cui dispongono gli apparati neuro-muscolari, o se vi abbia influenza anche una diminuzione dell'azione tonica, ossia del grado della loro tensione durante le pause funzionali. Del resto probabilmente i fenomeni tonici, stenici e statici non sono che manifestazioni estrinseche apparentemente diverse di un unico processo fondamentale. Nel Parag. 122 della mia « Introduzione alla Clinica delle malattie nervose e mentali » sostenni che le azioni stenica e tonica sono forse sufficienti a spiegare la fusione normale e la continuità regolare degli atti senza ricorrere ad una particolare azione statica. È vero che è necessaria una certa rapidità degli impulsi elementari durante l'attività funzionale per ottenere la fusione normale, la continuità regolare degli atti; ma questo optimum di rapidità degli impulsi elementari è inerente all'azione stenica, senza che appaia necessario ricorrere ad una particolare azione statica.

La ipostenia non presenta un rapporto evidente colla miastenia, nella quale si ha una facile esauribilità muscolare, così che, dopo un breve lavoro fisico, l'ammalato è nella impossibilità di

continuarlo, fatto che raggiunge il grado della paresi e della paralisi nella miastenia gravis.

La tecnica per l'esame è essenzialmente quella in uso per la funzionalità del nervo facciale; ho però potuto convincermi che il fenomeno si mette meglio in evidenza quando si inviti il soggetto ad aprir le labbra tenendo i denti stretti, nell'attitudine di chi mostri i denti: si può allora constatare che, dal lato ipostenico (quindi quasi sempre a destra) la commessura labbiale è meno aperta, l'angolo della bocca più abbassato, la piega naso-labbiale meno evidente. Non si tratta di una vera paresi, nei casi qui considerati, ma semplicemente di una diminuzione dell'energia funzionale.

Nei normali il fenomeno non si riscontra, e in generale con scarsa intensità, se non che in una proporzione inferiore all'otto per cento. Negli epilettici idiopatici invece è assai più frequente e, per quanto io non sia in grado di fornire una statistica esatta (perchè una parte notevole del mio materiale è stata ora fornita dai militari presunti epilettici, nei quali in questi tempi sopratutto l'epilessia non può sempre essere facilmente e sicuramente differenziata dalle manifestazioni della simulazione), ho trovato che il fenomeno si manifesta in circa il 45 % dei casi e, tra essi, almeno nel 30 % in modo molto manifesto.

Tra gli epilettici ho osservato il fenomeno, come dissi, in quelle forme che appartengono alla epilessia idiopatica, la quale, benchè abbia autorevoli contradditori tra i nepropatologi che vorrebbero legare tutte le forme di epilessia a una base organica tangibile e sopratutto a fatti di meningo-encefalite sopravvenuti in età infantile, tuttavia deve ancora oggi, secondo i risultati della mia esperienza, essere ammessa da chi voglia attenersi strettamente ai fatti e non far loro dire quello che ancora oggi non dicono. Il fenomeno trovasi non solo nelle forme con accessi convulsivi completi, ma anche nei casi di piccolo male e nelle forme vertiginose. Esso si rende in generale più manifesto in vicinanza agli accessi. Su questi fatti di deficienza della motilità che si manifestano dopo gli accessi abbiamo già altra volta, fin dal 1900, fermato l'attenzione.

Nelle forme di epilessia cerebroplegica invece non si può dire che l'ipostenia prevalga a destra o a sinistra; qui si hanno fatti di paralisi o di paresi che prevalgono da un lato o dall'altro a seconda dell'emisfero cerebrale che fu maggiormente colpito dal processo patologico.

Quanto al modo di comportarsi del fenomeno nelle forme di epilessia che sono direttamente e in modo indubitabile in rapporto ad intossicazioni, come ad es. nei casi di epilessia alcoolica, in cui basta che l'ammalato si astenga dagli alcoolici e naturalmente non sostituisca l'intossicazione alcoolica con altre forme di intossicazione, perchè gli accessi si sospendano, non ho un numero abbastanza grande di casi clinici per poter fare affermazioni sicure. Invece i casi di epilessia idiopatica studiati in questi ultimi tre anni in cui fermai l'attenzione sul fenomeno descritto ammontano a 260, di cui 190 militari.

Il fenomeno può riscontrarsi anche negli isterici, e si comprende perchè: essi appartengono alla categoria dei parafrenici; tuttavia negli isterici ebbi ad avvertirlo in un numero molto limitato di casi.

Da quanto ho sin qui esposto, appare chiaramente che il fenomeno non può avere un valore diagnostico infallibile, quando sia preso isolatamente, perchè esso si manifesta non solo nell'epilessia idiopatica, ma talora, con frequenza molto minore, anche in altre forme parafreniche, e, sebbene raramente, può apparire anche nel normale. Questa constatazione non può però togliere importanza al fatto, perchè in patologia è dubbio che esistano sintomi i quali, presi isolatamente, abbiano valore patognomonico; esso non ha che il valore di un sintomo, il quale acquista una notevole importanza quando sia messo in relazione con altri a formare una sindrome. Il fenomeno ha valore di un carattere anomalo e non è a stupire che lo si riscontri colla massima frequenza negli epilettici idiopatici, dove i caratteri anomali anatomici e funzionali, nonchè psichici, sono tanto abbondanti. Come abbiamo più volte sostenuto, l'epilessia degenerativa può considerarsi il prototipo della famiglia parafrenica: Essa ne ha i caratteri più netti, più completi, più vari e si può dire che non vi sia sintomo di parafrenia che non faccia parte del quadro della epilessia degenerativa, specialmente per quanto riguarda i caratteri fondamentali; inoltre fenomeni epilettoidi si riscontrano nelle più diverse forme parafreniche. Così l'epilessia degenerativa od idiopatica deve essere considerata come la sintesi, la forma morbosa tipo della famiglia parafrenica, come quella che ne compendia e ne rappresenta più completamente non solo i caratteri fondamentali, ma altresì le singole manifestazioni.

Ho osservato che l'ipostenia del facciale destro si associa con notevole frequenza al mancinismo funzionale; il quale del resto può essere considerato come una ipostenia della funzionalità del-

l'arto superiore destro in confronto al sinistro; del resto anche il mancinismo, che si riscontra con una certa frequenza negli epilettici (meno grande però che non l'ipostenia del facciale destro) e in generale nei parafrenici, è un sintomo il quale, preso isolatamente, non ha alcun valore patognomonico, ma acquista importanza quando lo si riconosca associato ad altri fatti anomali. È notevole che, tanto nel mancinismo, come nel fenomeno da me qui considerato, la minor energia funzionale si manifesti come fatto anomale a destra. Non si è osservato, o non se ne è notato l'importanza, che il mancinismo non dipende da una ipertrofia, o da una iporfunzione del lato sinistro in confronto del destro, perchè la energia funzionale del lato sinistro non si riscontra accresciuta in confronto alla norma, ma dipende da una diminuzione di energia del lato destro in confronto alla norma. Infatti non solo a sinistra non si riscontrano cifre superiori alla norma, ma a destra, accanto ad una reale diminuzione dell'energia in confronto alla norma, si trova spesso un mancinismo anatomico, mentre la sensibilità, o il trofismo non si riscontrano affatto più sviluppati della norma a sinistra. Alle volte anche a destra si può riconoscere una vera diminuzione dell'euprassia, senza che la forza muscolare sia in realtà diminuita, od è allora questa diminuzione dell'euprassia che consiglia inconsciamente il soggetto a servirsi dell'arto sinistro sopratutto per i movimenti che richiedono precisione, finezza, destrezza.

A questo proposito ricorderò che, secondo Tonnini, il mancinismo si trova nel 25 % degli epilettici, l'ambidestrino nel 12 %; Feré su 312 epilettici trovò 14 mancini; io nei primi studi sull'epilessia 7 su 50. È da notarsi che il mancinismo tattile è forse più frequente; io l'avevo riscontrato già nel 33 % degli epilettici e ancor più frequente il mancinismo per la sensibilità dolorifica, che trovai nel 50 % degli epilettici.

Qui ricorderemo ancora che l'ipostenia del facciale destro interessa esclusivamente il ramo inferiore del facciale, ossia il ramo che si riscontra leso nelle alterazioni centrali in grado assai maggiore che non il superiore; questo è un argomento che fa supporre che l'ipostenia del facciale inferiore sia legata a particolari condizioni di funzionalità degli organi centrali. Le reazioni elettriche dei nervi e dei muscoli, come pure il trofismo, non dimostrano modificazione alcuna dalla norma: fatti questi che sembrano consigliarci ad escludere che il fenomeno sia causato da una abnorme condizione dei nervi o del sistema muscolare.

L'ipostenia del facciale destro (come del resto anche il mancinismo), potrebbe invece mettersi in rapporto con un anomalo funzionamento dell'emisfero sinistro. Come è noto, l'emisfero sinistro ha una dignità funzionale più alta che non il destro: senza voler in nessun modo associarmi con chi vorrebbe ammettere che nello emisfero sinistro si localizzino le rappresentazioni mnemoniche, è certo che l'emisfero sinistro rappresenta una ulteriore evoluzione, in confronto al destro, dell'integrazione degli apparati nervosi più evoluti, come è dimostrato, ad es., dalla funzione del linguaggio che ha nell'emisfero sinistro i suoi meccanismi più perfezionati. Per la legge che sono le strutture più evolute quelle che più facilmente e intensamente vanno soggette all'influenza delle cause morbose diffuse, è possibile che sia appunto l'emisfero sinistro quello che più frequentemente e più manifestatamente subisce un danno dall'azione di cause morbose ereditarie, fatto che può, tra gli altri modi, manifestarsi anche con una diminuzione della sua energia funzionale, che si traduce, oltre che con altri fatti, anche col mancinismo e coll'ipostenia del ramo inferiore del facciale destro. A questo proposito ricorderò che si è voluto dal Liepmann attribuire all'emisfero sinistro un centro euprassico, per la giusta esecuzione degli atti diretti ad uno scopo, in rapporto coi centri psicomotori dell'emisfero sinistro e in massima parte anche con quelli dello emisfero destro per la via del corpo calloso. Per conto nostro non crediamo che gli argomenti addotti dal Liepmann a sostegno della sua ipotesi siano inconfutabili, mentre riteniamo che l'aprassia motoria e tanto più l'ideatoria non possa essere conseguenza della lesione di un campo solo cerebrale, e che quindi possa aversi un'aprassia frontale, o parietale, o callosa ecc., in quanto tale sindrome può risultare dalla interruzione e dalla disfusione di una stazione qualsiasi degli archi riflessi psicomotori (e noi notammo un certo grado di disprassia perfino come conseguenza di lesioni periferiche); tuttavia l'importanza dell'emisfero sinistro nella funzione euprassica è una nuova prova del maggior grado di evoluzione da esso raggiunta in confronto dell'emisfero destro.

Vorrei qui di passaggio notare ancora che il concetto di ipostenia ha probabilmente delle applicazioni più vaste e che può forse essere esteso ad altri fenomeni morbosi, la cui patogenesi è ancora oggi oscura. Vorrei qui accennare ad es., allo strabismo ottico, o concomitante, che con vocabolo moderno si chiama anche eterotropia, che consiste in una manifesta deviazione di uno o di entrambi i globi oculari, dovuta a mancanza di fissazione binoculare che il paziente non riesce a vincere, così che la deviazione non può

essere corretta dall'aumento dell'innervazione. In questa affezione vi è una serie normale di movimenti in ciascun occhio e la stessa deviazione in tutti i punti del campo visivo, mentre nella paralisi la deviazione non si manifesta che nella sfera d'azione del muscolo paralizzato e vi è limitazione di movimento in una data direzione. L'eterotropia non dipende da paralisi di un muscolo dell'occhio ed è di patogenesi ancora oscura: si considera come il risultato di un ostacolo alla fusione normale delle immagini maculari dei due occhi, diendente da un'anomalia della facoltà di fusione; gli occhi si trovano quindi in istato di equilibrio instabile, da cui insorge facilmente lo strabismo per l'intervento di cause stimolanti leggiere. È noto come l'eterotropia può associarsi ad altri fatti, come riduzione dell'acutezza visiva, ipermetropia (nello strabismo ottico convergente). La patogenesi sembra che abbia bisogno però ancora di chiarimento; non mi sembra da escludersi senz'altro la possibilità che si tratti di una ipostenia, intesa nel senso che abbiamo sopra definito, di taluni muscoli estrinseci dell'occhio. Occorre appena osservare che l'ipostenia non deve essere confusa coll'astenopia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ANBULATORIO INDIGENO DI TREVLAZER (ALBANIA)

Un caso di orchite malarica

per il dott. ENRICO VECCHIA, Ten. Medico.

Nel corso di questa guerra vittoriosa nelle nostre terre d'oltre mare sono state descritte numerose successioni morbose delle infezioni malariche, le quali sinora erano considerate non troppo frequenti e particolarissime. Così certe forme di edema diffuso da malaria senza segni di concomitante nefrite, di cachessia palustre od altri fatti infiammatori (1); così sindrome tetaniformi e manifestazioni di eritema nodoso in perniciose gravi.

Io pure ho avuto occasione ri rilevare molti di questi speciali quadri clinici durante la mia permanenza in Albania nella sua parte più intensamente anofelica.

Gli indigeni in particolar guisa, nei quali sin dalla nascita l'infezione palustre attecchisce florida, sicura, e quasi mai curata e che vivono solo per un progressivo adattamento della razza allo sfacelo malarico, pagato col sacrificio di una imponente mortalità, offrirono il modo alle più peculiari osservazioni. Molte di queste anzi, perdettero il loro carattere di rarità considerate nel loro ambiente.

Rimase invece veramente particolarissimo un caso di orchite malarica, occorsomi nella pratica ambulatoria indigena a Trevlazer, e che credo dover rilevare dati i netti rapporti di causa ed effetto tra la malaria ed il prodursi dell'orchite, e per l'occasione di questa singolare successione morbosa, non accettata ancora con unanime consenso.

Se non mi tradisce infatti la memoria — di necessità scrivo lontano da men che modesta bibliografia — l'orchite malarica messa in dubbio dallo Ziemman, non abbastanza provata per Laveran (2) indecisa per Mohr e Staehelin (3) ha sempre suscitato, un largo scetticismo nei riguardi della sua eziologia, occorrendo trovare nel momento stesso del suo manifestarsi il plasmodio della malaria del sangue e potendo nel contegno essere presenti altre numerose cause che possono per sè solo produrre un'uguale affezione al testicolo. Stanno primissime in questa capacità patologica la blenorragia, la parotite, la masturbazione; di poi vengono la sifilide e la tubercolosi, alle quali qualche autore coloniale (4) aggiunse la filariosi, che non infrequentemente determina alterazioni infiammatorie agli organi genitali maschili.

In realtà ognuna di queste entità morbose ha un quadro clinico abbastanza netto; la complicanza a carico del testicolo un esordio ed un decorso tale, che, se al primo momento possono lasciare perplessi, di poi illuminano chiaramente la diagnosi differenziale. Inoltre il reperto ematologico è decisivo.

Più importante, a modesto parer mio, è la contemporaneità di eventuali traumi. Ognuno sa quanto sia delicata la regione genitale maschile per situazione, per ricchezza di vasi e di nervi, e quanto facile ed anche a primo acchito, non apprezzati sia sovente certi traumatismi capaci di provocare violenti reazioni da parte del testicolo. Orbene è facile, in individui già affetti da malaria e con preparati di sangue positivi, scambiare come successione morbosa palustre una orchite banale in trauma.

Questo vidi io stesso in un carabiniere della 132ª sezione mobilitata, certo P. C., presentatosi alla visita medica per una tumefazione allo scroto. Il paziente malarico cronico, aveva avuto una recidiva febbrile la sera innanzi e nella notte era comparsa una molesta orchite che per un momento si potè anche pensare di natura ematozoria. L'anamnesi rilevò però subito che il malato si era assoggettato il giorno stesso ad una lunga cavalcata e che maldestro cavaliere, aveva

urtato il testicolo sinistro contro la sella; passato il fugace dolore, non aveva attribuito alcuna importanza al fatto, solo continuando ad avvertire un indolenzimento alla parte. La cura, semplici modificazioni risolv oilidoloh dih dihof semplici medicazioni risolventi locali, diede alla eziologia traumatica.

Quanto alle reazioni del testicolo in seguito alla masturbazione si può dire che l'abito dello onanista è tale che si svelano presto le sue particolari stigmate neuro-psichiche. Un fatto non abituale inoltre dà raramente degli esiti a carico del didimo e vi partecipa quasi sempre l'epididimo. Notevole poi si è che la reazione infiammatoria, all'inizio ,singolarmente dolorosa, è fugacissima anche col semplice riposo a letto.....

Dette queste cose su due cause che non hanno, come le altre poche, reperti microscopici specifici e quadri clinici immediati, riporto senz'altro la storia del mio ammalato, tributando vive grazie al sig. prof. Gozzi Malariologo — Capo del XVI Corpo d'Armata, ed al batteriologo prof. Sangiorgi, per il cortese loro aiuto nelle indagini di laboratorio.

Bescir di . . . . . d'anni 16, di Trevlazer.

Padre e madre in salute discreta, pur essendo come tutti del paese malarici cronici. La madre dice di non aver mai avuti aborti. Ha avuto quattro figli, il primo dei quali morì a venti anni in seguito ad accidente. Gli altri due stanno discretamente; il nostro p. è terzogenito, dopo una gravidanza normale. Ha subìto, a quanto si può dedurre dalle affermazioni dei famigliari, i soliti esantemi dell'infanzia.

All'età di cinque anni ebbe per la prima volta febbri, sembra, a tipo irregolare, che si ripeterono di poi ad intervalli più o meno lunghi. L'ultimo accesso febbrile comparve or è poco più di un anno nella stagione estiva, causando al p. il solito dolore all'ipocondrio sinistro, oligoemia e astenia grave. L'infermo non prese chinino che coll'occupazione italiana, ottenendone vantaggi nella scomparsa della febbre e nello stato generale.

Non seguì però mai un metodo sistematico di cura o di bonifica, così pure mai compì profilassi nè meccanica nè chimica.

Attese sempre alla pastorizia senza sottoporsi a fatiche particolari. Non risulta che abbia avuto contagi venerei.

Il 5 novembre di quest'anno, senza causa apparente, ebbe verso sera un grave accesso febbrile con brividi intensi, depressione grave dello stato generale, seguito da abbondante diaforesi. Ciò che per altro, maggiormente tormentò il paziente fu la comparsa, un'ora all'incirca dopo l'inizio della febbre, di un vivo dolore allo scroto, che nella notte cominciò a tumefarsi particolarmente nella sua metà destra.

All'esame obiettivo il 6 mattino trovo il paziente in leggero decubito laterale destro. Il sensorio è integro: risponde tuttavia alle domande con fatica ed appare assai depresso. Si lagna di un dolore costante ed urente al testicolo destro e di un senso di peso molesto all'ipocondrio sinistro. P. 90; T. 36.4; R. 24; cute pallido-terrea; mucose visibili pallide; sotto cutaneo scarso; muscolatura flaccida; sistema scheletrico regolare.

La lingua è patinosa, depitelizzata ai margini, fuligginosa al centro: alito fetido. Nulla agli occhi i cui bulbi sono sinergici nei movimenti in tutti i quadranti, pupille rotonde, bene reagenti alla luce ed all'accomodamento.

Collo. È regolare per forma, e non si avvertono alla palpazione nè presenza di ghiandole, nè fatti speciali a carico del fascio vascolo-nervoso.

Il torace è cilindrico; l'angolo del Louis leggermente sporgente; l'angolo epigastrico ottuso. Gli spazi intercostali appaiono evidenti e le escursioni respiratorie del torace uguali: solo l'inspirazione profonda è impedita da senso di dolore alla base di sinistra. Nulla agli apici.

Alla percussione si ha suono chiaro polmonare su tutto l'àmbito. Margini polmonari mobili; fremito vocale tattile normale in ogni segmento.

All'ascoltazione ovunque mormorio vescicolare senza alcun reperto degno di nota.

Il cuore è in [illegible]uiti. Non si avvertono rumori nè aritmie: toni [illegible]uanto oscuri.

Addome. Legger[illegible]te tumido, meteorico, poco trattabile alla palpa[illegible]o[illegible]e, che suscita dolore nel quadrante superiore [illegible]stro. Suono timpanico alla esplorazione pless[illegible]trica.

Stomaco un po' dilatato in senso laterale sinistro.

Fegato. L'ottusità epatica superiore arriva anteriormente sulla emiclaveare in corrispondenza alla quinta costa. Alla palpazione il margine inferiore del fegato deborda di due dita all'incirca dall'arco costale ed appare indurito.

Milza. Esiste soggettivamente senso di dolore e di peso che si esacerba alla pressione. Arriva in alto sino al 6° spazio intercostale sinistro sulla ascellare media: il polo inferiore duro e dolente si apprezza debordante dall'arco costale circa due dita nell'inspirazione profonda.

Alvo stitico. All'esame della regione genitale si scorge il meato uretrale non arrossato e senza la presenza di speciali secrezioni. Il prepuzio è circonciso secondo il rito mussulmano.

L'uretra è molle e indolente: la sua compressione sistematica dal bulbo non dà pus. Il testicolo destro appare notevolmente ingrandito, raggiungendo le dimensioni di un uovo di oca. La palpazione leggera provoca vivo dolore che si irradia anche all'inguine e fa apprezzare l'organo tumefatto e più consistente. Nulla si rileva a carico dell'epididimo, del dotto deferente e dei suoi elementi. Così pure manca ogni reazione infiammatoria al testicolo sinistro.

Arti superiori ed inferiori normali. Non si avvertono gangli inguino-crurali, epitrocleari ed ascellari. La sensibilità tattile, termica, dolorifica, non è alterata.

Esame delle orine. Colorito giallo intenso, reazione acida; albumina, zucchero, sangue, assenti.

Sorpreso dall'interessante reperto a carico del testicolo destro, pensai di procedere subito all'allestimento di preparati di sangue per quanto pochi dubbi potessero sussistere circa la natura

malarica della febbre e della complicanza sopra rilevata. Un men che minimo sospetto di concomitante parotite che, come sappiamo, dà nel 26 % (Vedrenes) dei casi reazioni infiammatorie secondarie ai testicoli, segnatamente nei malati puberi, era da rigettarsi. Un rapida indagine fra i coetanei del mio p. e fra i bambini della locale scuola elementare mi permise di escludere la presenza di orecchioni. Per di più, in tali epidemie la febbre continua, almeno nei primi tre o quattro giorni, è sintomo costante insieme alla tumefazione della parotide, fatti questi che non si trovavano nel mio malato.

Insieme agli strisci di sangue ho creduto opportuno di stabilire anche, previo leggero massaggio alla prostata, che apparve di grandezza e di consistenza normale, qualche preparato, uretrale, mediante presa con ansa sterile del secreto provcato, ciò nel timore di qualche pregressa infezione gonococcica, che in verità mancava in ogni suo segno compresa l'assoluta carenza di reazione infiammatoria a carico dell'epididimo, mentre è quasi di regola la precedenza di questo ad ammalare nelle complicanze blenorroiche (5).

I reperti ematologici, del resto, confermarono una malaria estivo-autunnale, mettendo in chiaro «la presenza di piccoli e medi anelli del plasmodium praecox, una abbondanza rara di pigmento ed una interessante mononucleosi» (Professor Gozzi) (Novembre 1918, Labor. 16°, C. A.).

I preparati con secreto uretrale risultarono completamente negativi alle colorazioni di Lofler e di Gram.

Intanto, mentre aspettavo i risultati dell'indagine microscopica, già avevo avuto clinicamente altri dati a conforto della natura palustre dell'orchite. Infatti, essendomi limitato a somministrare al p. dei tonici senza chininizzare ed a compiere localmente medicazioni risolventi di nessun effetto, assistetti in quarta giornata al prodursi di un nuovo accesso febbrile con evidenti esacerbazioni del dolore al didimo. Questo, che era diventato nel periodo di mia osservazione sempre meno dolente ed anche meno tumefatto, al comparire dei brividi ebbe una grave riacutizzazione della sindrome precedentemente descritta.

La tumefazione si rifece spiccatissima ed il dolore pressochè insopportabile, in modo da rendere irrequieto e prostrato il p.

Sicchè, dato anche la temperatura elevata (40,3) non esitai ad intervenire con un trattamento chininico endovenoso, valendomi della soluzione di chinino, dietiluretano e siero fisiologico, in uso presso la Sanità Militare, e che già altre volte avevo adoperato con successo.

Il p. sopportò benissimo il farmaco, avendo avuto cura di farlo precedere da conveniente preparazione del circolo, con iniezioni di olio canforato e di etere.

La febbre andò rapidamente declinando per lisi, e ciò che più, mi interessò, anche la reazione infiammatoria del testicolo.

Nella prima ora dall'iniezione già si ebbe una sensibile diminuzione del dolore, che in modo progressivo scomparve del tutto dopo cinque, sei ore, apportando un benefico senso di calma al paziente.

Al mattino del giorno seguente rilevai il ridursi delle dimensioni dell'orchite, ed in seconda giornata quasi non v'erano più segni della passata tumefazione.

Alla palpazione l'organo apparve di consistenza normale.

Naturalmente seguitai a praticare al mio malato una metodica e tenace cura chininica, per via orale, ipodermica ed endovenosa, onde evitare la formazione di parassiti chinino resistenti, cercando insieme di attivare l'accesso febbrile nella decade di riposo con iniezioni di stricnina ad alte dosi (6).

I risultati furono ottimi. Non si ebbero più recidive: la splenomegalia andò, sebbene adagio, riducendosi, e lo stato generale migliorò in modo evidente.

Avendo avuto cura anche nell'ultimo accesso di stabilire vetriniconstrisci di sangue, ebbi notizia di reperti positivissimi per la presenza del Plasmodium praecox, a conferma della precedente diagnosi ematologica. (Professor Sangiorgi. Laboratorio 16°), C. Armata, 12 novembre 1918).

Non mi pare dunque dubbia l'eziolgia malarica di questa forma d'orchite, occorsa alla mia osservazione.

Anche la stessa specie dei parassiti trovati, quella della febris tropica s. perniciosa, può illuminarci, ricordando come la perniciosa sia stata appunto considerata una forma infettiva degli organi (7). Il momento più importante dello sviluppo degli ematozoari, cioè la loro divisione, avviene infatti nella milza, nel midollo osseo, nel cervello, insomma nei capillari degli organi interni. Così conseguirà su di questi un'azione particolarmente intensa, nè v'ha da stupirci che il testicolo colla sua ricchezza di piccoli vasi possa essere partecipe, e si sviluppi in esso una particolare reazione infiammatoria, il cui meccanismo è ancora consono alle speciali proprietà dei plasmodi della malaria tropica. Questi, più di quelli della terzana e della quartana, hanno spiccata la tendenza di aderire alle pareti dei piccoli vasi, sicchè gli endoteli s'infiammano sotto l'azione dei parassiti e del pigmento circolante; l'emazie infettate si accumulano nei capillari, rallentando ed ostruendo il circolo sino ad originare un vivo quadro flogistico.

La tensione della tunica albuginea spiega nel didimo l'intenso dolore.

Nè si può infine pensare in una sindrome così netta ed acuta che, per avventura, qualche parte vi avessero la lue o la tubercolosi.

La sifilide del testicolo è oltremodo rara, nell'età infantile come forma ereditaria, ed inoltre lo stabilirsi del tumore infiammatorio è subdolo, lentissimo, bilaterale. Nel difetto della reazione di Wassermann che per la malaria in atto non avrebbe avuto alcun significato, avevo pensato alla prova di Nogughi, ma la lontananza ne impedì l'effettuazione. Ad ogni modo l'anemnesi

e l'esame obiettivo dell'ammalato non confortavano minimamente il sospetto, nell'evidente mancanza dei segni dell'eredo-lue.

Così non esisteva alcuna predisposizione tubercolare generale. Anche l'epididimo destro si mantenne sempre immune da ogni partecipazione infiammatoria, mentre è noto che il più delle volte il processo tubercolare si svela precocemente con i caratteristici e persistenti indurimenti nodosi di questo tratto del sistema genitale.

Z. G. A. gennaio 1919.

BIBLIOGRAFIA.

(1) F. PAOLETTI. *Di una rara forma di successione dell'infezione malarica.* « Policlinico », Sezione prat., fasc. 16, anno 1918.
(2) A. LAVERAN. *Malaria e Tripanosomiasi.* Union. Tipo. Edi. Torino, 1907.
(3) L. MOHR e R. STAEHLIN. *Trattato di medicina interna.* Vol. primo, S. Edit. Libraria.
(4) L. AUDAIN. *Varicocele ljmphatique ed filariose testiculaire.* 1898.
(5) E. RIECHE. *Manuale delle malattie della pelle eceltiche.* Soc. Ed. Libr.
(6) E. VECCHIA e M. SEGRE. *L'attivazione stricnica dell'accesso malarico.* « Policlinico », Sezione pratica, fasc. 45, anno 1918.
(7) L. MOHR e R. STAEHELIN. Opera sopra citata.

MEDICINA SOCIALE.

La tubercolosi in rapporto all'assicurazione vita.

Il « British Medical Journal », n. 2071, dell'8 novembre 1919 riassume la esposizione fatta dal dott. Otto May al Congresso della Società Medica di assicurazione riunitosi il 5 novembre sotto la presidenza del dott. F. Parkes Weber. Il dottor Otto May esaminò il problema della tubercolosi in rapporto alle assicurazioni vita sotto i suoi varii aspetti.

I. Importanza di una anamnesi familiare in cui vi siano casi di tubercolosi.

II. Infezione per convivenza.

III. Importanza di una anamnesi personale in cui si notino manifestazioni tubercolari pregresse.

Esaminando la prima questione il dott. May dovette constatare ciò che risulta dall'esperienza universale che la tubercolosi si ripete in famiglia. In fatti la frequenza con cui in una stessa famiglia si verificano tre, quattro e anche più casi di questa malattia è troppo grande perchè si possa giustificare con una fortuita coincidenza, sebbene le spiegazioni di questo fatto offrano ancora materia di dibattito.

Anche se si ammette una predisposizione ereditaria o una diminuita resistenza organica, non si deve avere il preconcetto che ogni individuo appartenente a famiglia in cui si siano verificati casi di tubercolosi sia soggetto alla tubercolosi. Per cui il dott. May ammoniva di stare in guardia contro il preconcetto che una storia famigliare di tubercolosi basti perchè l'assicurando costituisca un rischio tarato accettabile solo a tariffa speciale.

Riportava la esperienza di Rusher, Kanghintong e E. M. Light i quali esaminarono la mortalità di un gruppo di circa 80,000 assicurati nella storia famigliare dei quali vi erano casi di tubercolosi e ne riassumeva le più importanti conclusioni. E cioè:

I. La mortalità risultò agli autori più elevata nei primi anni di assicurazione specialmente per gli assicurati entrati in assicurazione in età giovane.

II. Dopo il primo quinquennio di assicurazione la supermortalità fu meno marcata specialmente nel gruppo di quelli che avevano scelto una assicurazione a forma mista, gruppo che rientrava facilmente nella mortalità normale. Per questo fatto gli autori mettevano in evidenza la importanza della autoselezione più o meno cosciente degli assicurandi, secondo la quale gli assicurandi di cattiva salute sceglierebbero una assicurazione a vita intera piuttosto che mista.

Dalle mie ricerche in base all'esame dei sinistri per tubercolosi polmonare verificatisi tra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nel sessennio 1913-1918 (« Tubercolosi », volume XI, fasc. 7) è risultato che la maggiore mortalità per tubercolosi si verificò nel quinquennio successivo a quello dell'età all'ingresso in assicurazione fino all'età di 39 anni. Per gli assicurati entrati in assicurazione in età superiore ai 40 anni la maggiore mortalità per tubercolosi si verificò nello stesso periodo quinquennale dell'età all'ingresso. Ed io ho spiegato questo fatto affermando che in genere si è giustamente più severi nell'accettazione di rischi di persone di età giovane nel rapporto medico delle quali vi siano dati che facciano sospettare una predisposizione alla tubercolosi polmonare: mentre l'importanza di quei dati è attenuata quando l'età dell'assicurando superi il periodo dai 20 ai 24 anni indicato come periodo della maggiore mortalità per tubercolosi polmonare dalle statistiche del Regno di Italia.

III. Circa la ereditarietà della tubercolosi in linea diretta e collaterale, gli autori Rusker, Kenchington, e E. M. Light affermavano che debbasi dare almeno molta importanza, se non

la maggiore importanza, ai casi di tubercolosi verificatisi tra i fratelli e le sorelle dell'assicurando di fronte ai casi di tubercolosi dei genitori.

Il prof. Georg Florschutz in base alla mortalità degli assicurati della Banca di Gotha dal 1829 al 1878, affermava che la mortalità è più alta e precoce se il caso di tubercolosi in famiglia è a carico dei genitori, più specialmente della madre.

Dalle mie ricerche (« Tubercolosi », vol. XI, fasc. 7) risulta che devesi dare la maggiore importanza ai casi di tubercolosi a carico dei fratelli anzichè a quelli a carico dei genitori. Constato ora che il risultato delle mie ricerche è convalidato da quello molto più importante degli autori suddetti.

IV. La presenza di un caso di tubercolosi nella famiglia dell'assicurando è di molto minore importanza dell'età dell'assicurando all'ingresso, infatti si ritiene che il dato gentilizio non abbia valore pratico per gli assicurandi di età superiore ai 35 anni.

Peraltro dalle mie esperienze su riferite, su 660 assicurati morti per tubercolosi polmonare, il periodo di età in cui si era verificata la maggiore mortalità è stato il periodo dai 35 ai 39 anni, sebbene per le femmine la maggiore mortalità siasi verificata dai 30 ai 34 anni.

Il dott. May ricorda che nel 1914 fu pubblicato un elaborato studio medico-attuatario risultato dalle esperienze della Direzione delle Compagnie Americane con riguardo alle varie classi di rischi. In esso erano particolarmente interessanti i dati riguardanti assicurati nella storia famigliare dei quali vi erano stati casi di tubercolosi. I gruppi erano studiati in rapporto all'età all'ingresso, al peso e, in alcuni casi, all'altezza.

La conclusione fu che nel giudicare l'importanza di un caso di tubercolosi nella famiglia dell'assicurando, si debba tener conto di due fattori:

I. Età dell'assicurando all'ingresso.

II. Peso e costituzione.

Il rischio deve essere considerato più grave se l'età dell'assicurato è inferiore ai 35 anni a meno che tutte le altre circostanze siano favorevoli (cioè peso non al disotto di una buona media, professione, abitudini di vita e anamnesi personale libera da qualunque sospetto di precedenti manifestazioni tubercolari).

Se uno di questi fattori fosse sfavorevole in un assicurando di età inferiore ai 35 anni, il rischio è considerevolmente aggravato, e sarebbe ancor più aggravato o addirittura da rifiutarsi qualora fossero sfavorevoli due fattori, cioè peso e professione.

Nel caso di assicurandi vecchi di età, il peso non risultò così importante, ma il dott. May opina che nessun assicurando di età inferiore ai 50 anni nella cui storia di famiglia vi fossero casi di tubercolosi dovrebbe essere accettato a tariffa normale se il peso di lui fosse notevolmente al disotto del peso medio, in rapporto all'età e all'altezza.

Dalle mie ricerche sopraccennate risulta che un soprapeso lieve del 10 per cento non è garanzia sufficiente. Infatti di 415 assicurati mi risulta:

		Maschi	Femmine	Totale
Avevano peso normale secondo la legge di Broca		34	6	40
Avevano sottopeso	< 10 %	111	6	117
	> 10 %	90	6	96
Avevano soprapeso	< 10 %	101	6	107
	> 10 %	47	8	55

È evidente che per gli assicurandi aventi un sottopeso inferiore al 10 per cento l'accettazione è stata più severa, ma è anche chiara la indicazione che un soprapeso lieve del 10 per cento non è garanzia sufficiente.

Il dott. Schroeder (« Insurance Medicine ») afferma che il soprapeso tende a controbilanciare la predisposizione alla tubercolosi in modo da ridurre la mortalità per tubercolosi in questo gruppo scelto a meno di un quarto della mortalità totale per quella malattia e ad appena un sesto della mortalità per tubercolosi che si constata nelle persone con sottopeso.

Egli calcola la mortalità delle persone di età inferiore ai 35 anni con anamnesi famigliare tarata per tubercolosi ed aventi un peso al disotto del normale a circa 180 %. Afferma inoltre che al disopra di quella età (35 anni) l'influenza della tubercolosi dipende dal numero dei casi di tubercolosi verificatisi in famiglia e calcola, per le persone aventi un peso al disotto del medio normale e con un gentilizio in cui si notano due, tre o anche più casi di tubercolosi, una mortalità che si aggira intorno al 107 %.

Il dott. Marsh riferì al 6° Congresso annuale dell'Associazione dei direttori-medici delle Assicurazioni vita, il risultato dei suoi studi.

Egli volle comparare la mortalità per tubercolosi di un gruppo di 1994 morti con anamnesi famigliare tarata per tubercolosi, con quella di un gruppo di 2706 casi con gentilizio immune da tale malattia.

Posta come base la mortalità per tubercolosi del gruppo con anamnesi negativa, trovò che la proporzione aumentò del 30 % per il gruppo con gentilizio tarato per tubercolosi. E la mortalità per tubercolosi fu due volte più alta nel gruppo

di assicurati con gentilizio tarato per tubercolosi e con peso al disotto del normale rispetto all'altro che, pur avendo il gentilizio tarato per tubercolosi, era costituito di persone aventi un peso superiore al normale.

Da queste ricerche risulta evidente l'importanza del peso in casi di assicurandi nel gentilizio dei quali si notino casi di tubercolosi.

Poichè le suaccennate investigazioni attuariali delle Compagnie Americane dimostrano che lo estrarischio è rappresentato dalla giovane età degli assicurandi e nei primissimi anni di assicurazione, il dott. May ritiene che un soprapremio non offra una adeguata protezione alla Compagnia; la « forma a soprapremio decrescente » da altra parte costituisce un metodo migliore di comportamento in questi casi.

* * *

Passando all'argomento della convivenza con persone affette da tubercolosi, il dott. May tratta della importanza che dovrebbe essere data alla circostanza offerta da un assicurando che conviva o che abbia recentemente convissuto con persone affette da tubercolosi. Questo argomento risolleva il problema del comune modo di diffusione della tubercolosi recentemente discusso dal dott. Batty Show (« British Medical », 1919).

Secondo il dott. Batty Show, l'infezione per convivenza nella vita adulta è così eccezionale da essere pressochè trascurabile, per cui dal punto di vista assicurativo non è necessario dare molta importanza al fatto che l'assicurando dimori in ambiente insieme a persone affette da tubercolosi.

Una prova evidente di tale teoria fu il risultato del « Secondo studio delle statistiche di tubercolosi polmonare; infezione tra coniugi » di E. G. Pope, edito da Karl Person, 1908.

Pope trovò che la probabilità di infezione tra coniugi era considerevolmente minore che tra genitori e figli e tra fratelli e sorelle: e tale risultato dimostrerebbe che la minorata resistenza ereditaria ha una parte considerevolmente più grande che l'infezione diretta.

D'altra parte Ward (« Lancet », october 4th, 1919) esaminando 156 coppie di coniugi, nelle quali uno dei coniugi era notificato come affetto da tubercolosi, arrivò alla conclusione che *la infezione tra coniugi è estremamente comune.*

Il De Havilland ammonisce che, dopo la morte di uno dei coniugi per tubercolosi polmonare il coniuge sopravvivente si può accettare in assicurazione con grande precauzione, ricordando che la data della morte per tubercolosi polmonare assume una grande importanza, specie se l'assicurando abitò nella stessa casa del deceduto.

Il dott. May ha esaminato in quali circostanze è più facile vincere la resistenza dell'organismo e ha trovato che essa differisce nei vari individui e nella stessa persona da tempo a tempo; ma più importante è la natura dell'ambiente in cui vive l'esposto al rischio, giacchè la convivenza risultò molto meno dannosa in ambiente buono igienicamente con adeguata ventilazione, anzichè in un ambiente stretto e mal ventilato. Nei casi di assicurandi conviventi con persone affette da tubercolosi devono essere presi in considerazione i seguenti dati:

a) anamnesi famigliare;

b) anamnesi personale specialmente nei riguardi delle manifestazioni tubercolari pregresse;

c) condizioni personali dell'assicurando compresa l'età;

d) condizioni igieniche dell'ambiente di convivenza.

Se tutto è favorevole all'assicurando dice il dott. May si può non tener conto della convivenza. Se invece è sfavorevole l'anamnesi famigliare ed ogni altro dato è soddisfacente, si può non tener conto della convivenza e applicare un piccolo soprapremio. L'anamnesi famigliare deve essere considerata nel suo giusto valore. Se sono sfavorevoli l'anamnesi personale e le condizioni dell'assicurando, ovvero l'ambiente di vita, è utile differire la proposta o gravare la polizza con un forte soprapremio. Se sono sfavorevoli due o più delle condizioni suddette la polizza deve essere rinviata o rifiutata.

Io ritengo che, quando tutti i dati siano favorevoli all'assicurando, il rischio non si possa accettare se non sia trascorso non meno di un anno dalla data dell'ultimo giorno di convivenza dell'assicurando con la persona affetta da tubercolosi polmonare.

* * *

Il dott. May classifica i seguenti tipi d'anamnesi di assicurandi che abbiano sofferto manifestazioni tubercolari:

a) adeniti tubercolari;

b) tubercolosi ossea e articolare;

c) tubercolosi dell'apparecchio genito-urinario;

d) pleurite secca o con versamento;

e) tubercolosi polmonare.

L'importanza delle adeniti tubercolari e della tubercolosi delle ossa e delle articolazioni fu discussa nella stessa Società nel 1901.

Il dott. Eccles, in quell'epoca, espresse il pa-

rere che molti casi di adeniti croniche cervicali della fanciullezza non fossero di natura tubercolare, e, se anche tale fosse la loro natura, avvenuta la guarigione, con o senza operazione, la ulteriore durata della vita non sarebbe apprezzabilmente diminuita se non vi fossero altre condizioni sfavorevoli concomitanti, come per esempio l'anamnesi famigliare o una gracile costituzione fisica.

Sebbene la discussione che ne seguì mettesse in evidenza qualche diversità di veduta, la generale tendenza fu di accettare la opinione che una pregressa adenopatia cervicale di natura tubercolare non aggravi il rischio rendendo l'individuo meno resistente alla tubercolosi polmonare. Peraltro non fu neanche riconosciuto che potesse essere considerata come una immunizzazione contro la infezione tubercolare polmonare.

Un buon numero di assicurati avevano anamnesi personale di manifestazioni tubercolari a carico dell'apparecchio genito-urinario, comunemente una nefrectomia ovvero uno emicastrazione. Il criterio pratico seguito fu di rimandare tali rischi almeno a cinque anni dopo l'operazione. Se poi non vi erano segni di ricorrenza e tutti gli altri dati erano favorevoli si raccomandava l'accettazione del rischio con un soprapremio variabile nella misura a seconda dell'età dell'assicurando, ecc.

Ammettendo che la gran maggioranza dei casi di pleurite non purulenta siano di natura tubercolare, questo dato nell'anamnesi personale dell'assicurando assume una grande importanza come fu dimostrato con evidenza dal dott. Hector Macenzie in un giornale della Società del 1897.

Una regola pratica fu di esigere un soprapremio in ogni caso di pleurite di natura tubercolare (esclusa quindi la pleurite metapneumonica) se tale malattia era stata sofferta dall'assicurando nel quinquennio immediatamente precedente all'assicurazione.

Se la pleurite si era manifestata negli anni precedenti il suddetto quinquennio, il rischio si accettava a tasso normale salvo non vi fossero altri fattori sfavorevoli che potessero suggerire modificazioni.

Il dott. De Havilland (Medical examination for assurance) afferma che statistiche molto accurate hanno dimostrato che entro cinque anni da quello in cui si era manifestato un attacco di pleurite quasi la metà dei malati erano morti per tubercolosi ed aggiunge che possono sorgere dei gravi dubbi sull'accettabilità del rischio di un assicurando che abbia sofferto di pleurite specie se a questo dato si accoppia l'altro di una predisposizione familiare alla tubercolosi.

Nelle mie ricerche (Tubercolosi, vol. XI, fascicolo 7) ho rilevato che nel 75 % dei casi in cui l'assicurando aveva avuto una manifestazione tubercolare (pleurite, tubercolosi ossea, articolare, glandolare, dell'apparecchio uro-proietico, del peritoneo, ecc.), il tempo trascorso dalla data della manifestazione tubercolare alla data dello inizio della tubercolosi polmonare è stato non superiore a un triennio. Per cui io concludevo che « qualora ulteriori e più ampie ricerche confermassero i dati da me raccolti sarebbe giustificata la applicazione di un periodo di carenza a quegli assicurandi che all'ingresso avessero sofferto recentemente una manifestazione tubercolare che non sia a carico dei polmoni.

Circa la tubercolosi polmonare il dott. May conclude che se, date le esperienze di Midhurat ed altri si ammettesse che il tasso di mortalità nei casi di tubercolosi polmonare clinicamente guarita si avvicini al normale dopo 6-7 anni dalla guarigione sarebbe ragionevole che questi casi selezionati con una visita molto accurata fossero accettati come buoni rischi se cinque anni dopo la avvenunta guarigione clinica si constatasse che non vi è alcun risveglio della malattia sopita.

Il dott. De Havilland (Medical Examination for assurance) è del parere che l'assicurando che abbia precedentemente sofferto sintomi di tubercolosi polmonare o abbia avuto emottisi dovrebbe essere rifiutato qualora nell'anamnesi familiare di lui vi fossero casi di tubercolosi polmonare, o presentasse un sottopeso o una debole costituzione. In alcuni casi, qualora fossero trascorsi almeno dieci anni dall'attacco di emottisi o dagli altri sintomi di tubercolosi polmonare e l'assicurando evesse una età di almeno 35 anni e le condizioni personali dell'assicurando e l'ambiente in cui vive fossero eccellenti, potrebbe essere accettato con soprapremio. L'autore ricorda che l'alcoolismo prepara il letto alla tubercolosi e che il minimo sospetto di alcoolismo e persino una storia di una ereditaria tendenza al bere, aumenta gravemente il rischio quando trattasi di assicurandi che hanno avuto sintomi di tubercolosi polmonare.

Io ritengo che nei casi di tubercolosi polmonare clinicamente guariti si debba tener presente il proverbio che ammonisce come sotto la cenere vi possa essere ancora del fuoco, per cui un trauma, una malattia infettiva, come abbiamo constatato in molti casi durante la recente pandemia di influenza, possono ridestare il processo non completamente spento e conferirgli anzi una andatura più rapida. Ad ogni modo io ritengo si possano accettare in assicurazione qualche anno

dopo la guarigione clinica scrupolosamente constatata, quando le condizioni generali dell'assicurando, l'ambiente e le abitutdini di vita di lui dànno buon affidamento per l'avvenire applicando un periodo di carenza di dieci anni.

Secondo il dott. May, in tutti i casi in cui l'assicurando presenta anamnesi di tubercolosi il problema consiste nel cercare il modo di proteggere la Compagnia o Società da un rischio che è grave nei primi anni e poi si mostra rapidamente decrescente verso il normale. Per questa classe di extrarischi, il soprapremio decrescente col progredire degli anni in cui la polizza rimane in vigore, offre un mezzo ideale di trattamento, e potrebbe essere così graduato da rendere pratica la accettazione di ogni proposta in cui vi fosse una ragionevole probabilità che l'assicurato sopravviva ai primi anni di assicurazione.

Prof. dott. I. ROMANELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sull'azione curativa del siero antidifterico.

(W. KOLLE e H. SCHLOSSBERGER. *Mediz. Kl.*, numero 1, 1919).

Dal 1893, in cui la terapia antitossica mediante il siero della difterite fu sperimentalmente fatta dal Behring sugli animali e clinicamente poi da Heubner, Kossel e Baginski e seguìta da molti altri, specialmente dopo il metodo di preparazione di Ehrlich fu in tutti i paesi d'Europa, anzi di tutto il mondo, riconosciuto come il metodo curativo per la difterite.

È per opinione generale, esso rappresenta un patrimonio terapeutico del mondo medico, nè può rinunziarvi il medico, il quale anche nei casi più disperati ha potuto constatare dopo l'iniezione del siero il rapido miglioramento e la guarigione o l'azione curativa immediata nel trattamento precoce. Fu quindi assodato da innumerevoli pubblicazioni, specialmente degli ospedali, come tale cura abbia notevolmente influito sulla mortalità dei bambini difterici specie sotto i 10 anni; secondo la statistica di Jochmann in un ospedale di Trieste in 236 bambini si ebbe la mortalità del 22 %.

In alcune cliniche pertanto, come nel corso di gravi epidemie, si sono andati raccogliendo dei dati statistici e delle osservazioni che hanno reso scettici alcuni clinici e medici sulla reale efficacia curativa del siero antidifterico. Si è osservato quindi che in alcuni casi, malgrado eseguita la cura della malattia, il siero non diede alcun risultato, sicchè talora il processo seguì il suo corso fino alla morte, come fu da taluni osservato che in casi gravissimi, quelli detti fulminanti, non si può contare sulla azione del siero stesso anche precocemente usato. Le cause di tale discredito del siero antidifterico possono naturalmente essere molteplici: possiamo citare, fra le altre, varie concomitanti o pregresse malattie organiche generali (malattie nervose o dei reni, stato timolinfatico, affezioni glandulari ecc.), od infezioni miste di batteri molto virulenti (streptococchi). In base ad esperimenti fatti su animali, si può ritenere che anche negli ammalati difterici che vengono trattati col siero apparentemente all'inizio dei primi sintomi sospetti, il processo esiste latente già da parecchi giorni col relativo assorbimento di elementi tossici mortali che anche con le grandi dosi di antitossine non possono essere più neutralizzati o resi innocui. Altre ragioni per cui alcuni autori si mostrano contrari all'azione curativa del siero difterico si fondano sui dati statistici, che cioè nelle intense e più gravi epidemie, la mortalità è di nuovo quella che si soleva verificare prima dell'introduzione del siero anti-difterico. Si è anche ritenuto che la diminuita mortalità per il siero sia solo apparente tenendo conto che gran numero di casi riportati dalla statistica sono dei semplici casi di angina, guaribili anche senza l'uso del siero. Malgrado le osservazioni e le contestazioni mosse contro l'azione del siero antidifterico, questo, a giudizio dei clinici e dei medici di tutti i paesi del mondo, rappresenta sempre il più importante mezzo curativo contro la difterite.

Sono pochissimi gli scettici e gli oppositori, i quali non trattano i difterici col siero specifico.

Mentre una piccola parte degli oppositori nega al siero ogni azione curativa, alcuni altri ammettono che una certa azione esso abbia, non per il contenuto antitossinico, ma soltanto per il siero di cavallo.

Bingee è dell'opinione che il siero normale di cavallo ha un'azione sul decorso del processo difterico analogo a quello del siero difterico antitossinico, tanto che fra 937 difterici in tutti gli stadii della malattia, non vi fu una notevole differenza fra i casi trattati col semplice siero di cavallo e quelli trattati col siero antidifterico Le ricerche sperimentali sugli animali dimostrano però il valore maggiore del siero antidifterico.

Partendo dal concetto, universalmente ammesso, che la tossina del bacillo difterico delle colture in brodo è identica al veleno prodotto dal

bacillo difterico stesso nell'uomo e nell'animale, fu sufficientemente studiata da alcuni autori nei porcellini d'India l'azione curativa del siero rispetto al veleno difterico ricavato dalle colture difteriche in brodo; ma per dare agli esperimenti più larga base era necessario di non istituirli solo su di un unico elemento originario, sulla tossina difterica omologa, ma ottenere veleni da una quantità maggiore di elementi difterici (veleno eterologo). Si possono quindi a tale proposito rilevare vari dati importanti:

1. Fra i vari elementi difterici esistono notevolissime differenze di virulenza più di quanto finora si era ritenuto;

2. La determinazione della *dosis certe laetalis* della coltura vivente si può ottenere con una certa precisione; ma le difficoltà sorgono per le colture altamente virulente;

3. La capacità dei singoli elementi di originare veleni nelle colture in brodo non sta in rapporto con la virulenza per i porcellini d'India.

Gli esperimenti eseguiti hanno dato i risultati seguenti:

1. L'azione curativa del siero antidifterico rispetto all'avvelenamento difterico dei porcellini d'India con i veleni di toluol ariginati *in vitro* è parallela al contenuto di antitossine del siero.

2. Il siero formato con il così detto elemento americano « D 5 » è anche attivo contro l'avvelenamento difterico con i veleni difterici eterologhi, rappresentati da elementi difterici di alta virulenza ottenuti con coltura recente.

3. L'azione curativa del siero è tanto più intensa e sicura per quanto più sollecito è l'uso di esso dopo l'iniezione del veleno.

4. Il siero normale di cavallo ha una certa azione, ma così debole che si manifesta solo a dosi elevate, sicchè la sua qualsiasi importanza non si esplica per la neutralizzazione del veleno difterico.

5. Per quanto più tardivo è l'uso del siero antidifterico dopo l'inoculazione del veleno, per altrettanto maggiori debbono essere le dosi perchè si ottenga l'effetto.

6. Vi è un periodo di tempo vario secondo l'intensità delle dosi tossiche e nel quale anche con l'uso delle più forti dosi di siero non si riesce ad evitare la morte dei porcellini d'India.

7. Questi fatti confermati nelle molteplici esperienze fatte non lasciano alcun dubbio che l'antitossina difterica come tale contro l'azione delle tossine del porcellino d'India ha proprietà terapeutiche non riscontrate finora in altre sostanze.

I numerosi esperimenti di controllo istituiti con siero sicuramente privo di antitossine hanno negli animali dato come risultato indubbio che il siero normale, anche alle più alte dosi, non possiede, rispetto all'avvelenamento difterico dei porcellini d'India, nessuna valutabile azione curativa.

Per il valore degli esperimenti fatti sugli animali bisogna tenere ben presente che contrariamente alle statistiche cliniche sui risultati ottenuti nell'uomo con la siero-terapia, i primi hanno un gran valore dimostrativo, poichè la guarigione degli animali avvelenati con dosi certamente mortali od anche multiple fu ottenuta mediante l'uso del siero in una grande percentuale.

DE CHIARA.

CHIRURGIA.

Una nuova operazione per le ulcere duodenali e gastriche.

(J. SHELTEN HORSLEY. *Journal of the American Medical Association*, vol. 73, n. 8).

Il trattamento chirurgico abituale delle ulcere gastriche e duodenali è la gastro-enterostomia con o senza escissione dell'ulcera. Se l'ulcera ha sede gastrica, essa viene o escissa o cauterizzata col caustico attuale, come ha proposto Balfour. Se l'ulcera ha sede duodenale, essa di solito non viene escissa, ma affondata sotto una sutura. Un altro tipo di operazione molto usata è la piloroplastica secondo Finney.

I risultati clinici della gastro-enterostomia non sono perfetti. Balfour riporta i risultati definitivi di 285 casi di ulcere gastriche operate alla Mayo Clinic, dal 1906 al 1915, i quali hanno dato il 55.7 % di guarigioni, mentre i rimanenti casi sono classificati come molto migliorati, migliorati, non migliorati.

Smithies ha studiato la funzione dello stomaco dopo la gastro-enterostomia in 273 pazienti, dei quali 226 erano stati operati per ulcere gastriche o piloriche, 12 per cancro dello stomaco e 35 per ulcere duodenali lontane dal piloro. Tra tutti ne conta soli 57, ossia il 20.9 %, che erano del tutto privi di disturbi. La massima parte degli altri aveva dolori, senso di peso, flatulenze, nausee, vomiti, o eruttazioni. Questi risultati non possono certo essere considerati come soddisfacenti.

È certo che la gastro-enterostomia turba le condizioni fisiologiche dello stomaco. Si è vantato che essa è una operazione che stabilisce un drenaggio il quale agisce secondo la gravità; ma nel drenare gli altri visceri cavi, non è neces-

sario aprirli nel punto più declive. La vescica biliare e la vescica orinaria non vengono drenate dal punto più declive e una entero-anastomosi vien fatta in quell'ansa di intestino che è più vicina all'ostruzione, non in quella che è più profondamente situata. Infatti sappiamo che le contrazioni dei visceri ne determinano il vuotamento, qualunque sia la sede dell'apertura fatta. Ora per lo stomaco il ritmo peristaltico è sempre diretto verso il piloro e non verso il punto più declive dell'organo. D'altra parte, in un organo mobile e muscolare come lo stomaco, la porzione più declive non è sempre la stessa. Una serie di gravi obbiezioni contro l'efficacia della gastro-enterostomia fu elevata da Cannon e Blake in America, da altri in Europa. È stato affermato che l'efficacia di questa operazione è dovuta al fatto che stabilisce una specie di corto circuito attraverso il quale passano i cibi, mentre il tratto ulcerato rimane in riposo; inoltre che essa abbassa l'acidità dello stomaco. La radiologia ha dimostrato che, se il piloro non è chiuso, una parte del chimo seguita a passare attraverso di esso e che la chiusura del piloro non può esser ottenuta permanentemente che con una resezione.

I dati di Lennander, secondo i quali lo stomaco è sprovvisto di nervi dolorifici, sono stati contrastati.

Ulteriori oservazioni sembrano aver stabilito che alcuni nervi dolorifici esistono, ma che terminano nella tunica muscolare, senza raggiungere la mucosa. È stato dimostrato che i dolori che vengono regolarmente dopo i pasti nelle ulcere gastriche e duodenali non sono causati dal succo gastrico superacido, come si credeva, ma sono dovuti allo stimolo della peristalsi sui nervi gastrici resi ipersensibili dall'infiammazione prodotta dall'ulcera. Essi però avvertono come impulsi dolorosi quei movimenti peristaltici che fisiologicamente non sono avvertiti. Le quantità del succo gastrico non hanno nulla a che fare con il dolore se non in quanto eccitano la peristalsi. La gastro-enterostomia probabilmente migliora i dolori, perchè vuota lo stomaco e così diminuisce la peristalsi.

Ciò significa curare un sintoma e non lo stato patologico nè restituire i tessuti al loro stato fisiologico.

Il pericolo del circolo vizioso, dell'ulcera digiunale, del volvolo e dell'ernia nella retrocavità degli epiploon, benchè non grande, tuttavia esiste dopo la gastro-enterostomia; manca invece dopo le operazioni fatte sul piloro.

La piloro-plastica, secondo Finney, consiste, come è noto, in una incisione a ferro di cavallo che ha il suo centro nel piloro, un ramo sul duodeno mobilizzato e l'altro sullo stomaco vicino alla grande curvatura. I margini dell'incisione vengono riuniti suturando il margine posteriore dell'incisione duodenale al margine posteriore dell'incisione gastrica e il margine anteriore dell'incisione duodenale al margine anteriore dell'incisione gastrica. Molte delle obbiezioni elevate contro la gastro-enterostomia non hanno valore contro la piloroplastica. I risultati clinici sembrano buoni. Finnel e Friedenwald hanno indicato come soddisfacenti il 93.6 % dei risultati controllati in pazienti interrogati tardivamente. Però, non essendo precisato il significato dell'espressione usata, non si possono stabilire confronti tra questi risultati e quelli delle statistiche di Balfour e Smithies. Comunque essi sembrano migliori di quelli avuti dopo la gastro-enterostomia. Le controindicazioni a eseguire questa operazione sono l'impossibilità di mobilizzare il duodeno e l'ispessimento e l'infiltrazione intorno al piloro. Gli inconvenienti ad essa dovuti sono che l'incisione dello stomaco è fatta vicino alla grande curvatura, ove sono vasi cospicui, e che il piloro è diviso in tal maniera che la sua funzione resta permanentemente abolita. Inoltre, se nel piloro esiste una stenosi cicatriziale, il tessuto cicatriceo dovrà essere riunito con tessuto cicatriceo poichè gli apici dei margini delle incisioni sono ambedue nel piloro.

L'operazione di Heinecke-Mikulicz, che fu ideata per curare le stenosi piloriche, consiste in una incisione longitudinale, col centro situato al piloro o nel punto della massima stenosi, che viene poi cucita trasversalmente. Questa operazione è poco usata; tuttavia se ne sono avuti buoni risultati. Le obbiezioni che si sono fatte contro di essa sono: 1) si viene a formare una tasca fatta per metà dallo stomaco e per metà dal duodeno; ai limiti della tasca sono 2 tratti ristretti e la tasca trova difficoltà a vuotarsi; 2) l'incisione non può esser fatta molto lunga senza mobilizzare il duodeno, altrimenti la sutura riescirebbe tesa più di quanto le sottili pareti del duodeno consentirebbero; 3) se esiste una stenosi, ciascun estremo della ferita suturata è fatto di tessuto cicatriceo, essendo il centro dell'incisione nel tratto stenotico; 4) il piloro ha tendenza a retrarsi in alto sotto il fegato.

V'è una regione del corpo nella quale ulcere situate in corrispondenza di uno sfintere sono state studiate fin dai più remoti tempi della chirurgia e curate con un procedimento tipico. Sono le ragadi anali. L'analogia tra le ragadi anali e le ulcere piloriche o dudenali è grande. La ragade non guarisce rapidamente a causa dell'azione sfinterica che continuamente comprime e rilascia i tessuti vicini; per guarirla occorre

mettere temporaneamente in riposo lo sfintere e contemporaneamente escidere o cauterizzare l'ulcera. Nessuno penserebbe di curare una ragade con una colostomia specialmente se, ciò non ostante, una quantità maggiore o minore di contenuto intestinale seguitasse a passare attraverso l'ano. Tuttavia facendo la gastro-enterostomia per ulcera pilorica o duodenale facciamo qualche cosa di analogo. Sembra all'A. che, se si applicassero gli stessi criteri che si seguono nella cura delle ragadi, si avrebbe il 100 % di guarigioni. A questi criteri, dopo aver evitato i principali appunti che si muovono contro gli altri tipi di piloroplastica, è informata l'operazione che l'A. propone. Essa si esegue così:

1. La porzione superiore del duodeno e lo estremo pilorico dello stomaco vengono esposti con un'ampia incisione addominale e si scelgono sulla parte media della parete anteriore del duodeno un punto distante un pollice dal piloro e sullo stomaco un punto distante due pollici dal piloro e situato a metà distanza tra grande e piccola curvatura.

2. I due punti vengono riuniti con un'incisione sieroso-muscolare e, se l'ulcera ha sede sulla parete anteriore del duodeno, l'incisione si fa vicino al suo margine inferiore. Si legano i vasi che sanguinano.

3. Si incide la mucosa e, se l'ulcera è vicina all'incisione, la si escide.

4. Se l'ulcera è nella parete posteriore del duodeno o del piloro, l'incisione viene divaricata e l'ulcera viene escissa. Gli strati profondi vengono suturati con catgut e la mucosa viene esattamente ricucita. La sutura della mucosa non deve essere troppo tesa per non provocare necrosi e nuove ulcere. Se esistono cicatrici retratte, in corrispondenza di esse la mucosa e i tessuti cicatriziali debbono essere incisi longitudinalmente e suturati di traverso. Per evitare emorragie, le incisioni sui tessuti cicatriziali debbono essere brevi e debbono interessare solo le porzioni superficiali.

5. Dopo aver escisso l'ulcera e trattate le deformazioni del viscere, l'incisione gastro-duodenale viene suturata trasversalmente. Poichè i suoi due terzi erano situati sullo stomaco, i due angoli della sutura saranno fatti dallo stomaco. La sutura viene fatta a tre piani.

6. La linea di sutura viene coperta da un lembo di omento gastro-colico o di grande omento.

7. Se l'ulcera non ha sede nel duodeno o nella regione pilorica, l'operazione descritta può esser fatta per curare lo spasmo pilorico e l'ulcera può poi essere escissa separatamente o causticata, come consiglia Balfour.

I vantaggi di questa operazione sono il trattamento completo delle condizioni patologiche; il fatto che i tessuti cicatriziali non vengono suturati, come nelle operazioni di Finney e Heinecke-Mikulicz, con tessuti cicatriziali, ma con porzioni sane di parete gastrica; la mancanza completa di ogni deformazione; il fatto che viene messo in riposo non solamente il piloro, ma anche l'antro, e che ambedue dopo un certo tempo possono riprendere la loro funzione normale; infine la possibilità di eseguire l'operazione senza la preventiva mobilizzazione del duodeno che è richiesta dall'operazione di Finney.

G. EGIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Sulle emoraggie puntiformi del cervello nell'infezione malarica perniciosa.

Prof. A. NAZARI. — L'O. riferisce di aver avuto occasione di osservare all'autopsia in un bambino affetto da infezione malarica perniciosa comatosa, morto dopo circa 6 ore dal suo ingresso nell'Ospedale, un notevole tumore acuto melanotico della milza e del fegato, melanosi del midollo osseo, intensa iperemia e melanosi del cervello, con innumerevoli emazie puntiformi subaracnoidali del cervelletto, della sostanza bianca del cervello, del cervelletto e del tronco cerebrale. L'esame istologico rivelò come a differenza di tutti gli altri casi studiati, i globuli rossi fuoriusciti dai vasi a costituire alcune emorragie fossero anch'essi in massima parte parassitiferi contenendo forme ameboidi e specialmente corpi con blocchetto centrale.

L'O. interpreta tale reperto prodotto da una maggiore pressione sulle pareti dei capillari stessi, alla quale, essendo quasi tutti i globuli rossi parassitiferi, non poteva dare scarico la più facile diapedesi dei globuli rossi non parassitiferi. La fuoriuscita per diapedesi dei globuli rossi parassitiferi sarebbe anche una nuova prova della sede endoglobulare dei parassiti malarici.

Sul tumore cronico dei reni nell'infezione malarica cronica.

Prof. A. NAZARI. — L'O. ha potuto constatare che nella malaria cronica come si ha un tumore cronico della milza e del fegato si produce anche un tumore cronico dei reni, che persiste per lun-

ghi anni dopo che si è spenta l'infezione ed è scomparsa la melanosi. Per dare un'idea dell'aumento di volume e di peso che raggiungono i reni in rapporto coll'aumento di volume e di peso della milza e del fegato riferisce alcuni dei numerosi reperti anatomo-patologici da lui raccolti.

Il tumore dei reni, variabile da individuo a individuo come il tumore cronico di fegato e di milza ma, come questi, sempre notevole, potendo superare il doppio del normale, non ha rapporti quantitativi costanti col tumore cronico di fegato nè con quello di milza. Esso oltre all'avere la stessa patogenesi, ha gli stessi caratteri anatomici e istologici del tumore cronico di fegato e precisamente della forma quasi esclusivamente ipertrofica di questo. Infatti i reni, aumentati di volume, conservano la loro forma normale e non sono aumentati di consistenza.

Non presentano macroscopicamente alterazioni di sorta. L'esame microscopico non lascia riconoscere che l'ipertrofia semplice del tessuto glandolare, senza aumento notevole del connettivo intestiziale e senza notevole dilatazione dei vasi sanguigni.

Ritiene che nelle diagnosi anatomo-patologiche il tumore cronico dei reni debba essere registrato accanto al tumore cronico di fegato e di milza da malaria pregressa.

Osservazioni istopatologiche nella roscola del tifo esantematico.

Dott. G. Bompiani. — Le osservazioni compiute dall'O. confermano il reperto di Fraenkel; egli inoltre nel periodo florido della malattia ha notato che possono riscontrarsi oltrechè i noduli tipici descritti da Fraenkel, ampi focolai di infiltrazione diffusa di composizione cellulare caratteristica e per lo più in rapporto con un vaso. Ha constatato l'esistenza di nodi linfoidi e di nodi fibrosi in periodi avanzati di malattia (20ª-27ª giornata) ed uno speciale comportamento caratteristico del tessuto connettivale e del tessuto elastico in corrispondenza dei focolai d'infiltrazione nodulare. Di più sembra certa l'esistenza di una particolare alterazione del reticolo elastico sottoepidermico nella roseola del tifo esantematico.

Sulle perforazioni intestinali tifose.

Prof. U. Arcangeli. — L'O. ha raccolto 49 casi di peritonite da perforazione per tifo operati. 4 casi di suoi malati privati, 7 operati dal Basile, 7 dal Giannuzzi, 31 raccolti nelle corsie chirurgiche del Policlinico. Di questi si è avuta la guarigione del 38,7 %. Di 10 operati nelle prime 9 ore sono guariti tutti, di 20 operati nelle prime 12 ore ne sono guariti 15, dei 20 operati tra la 12ª e 24ª ora si sono avuti 2 soli guariti, quelli operati dopo 24 ore sono tutti morti.

L'O. si intrattiene sulla diagnosi della perforazione intestinale, su la prognosi e sull'intervento chirurgico.

Sulle perforazioni intestinali tifose.

Prof. N. Leotta. — L'O. riferisce su 14 casi di perforazione tifosa con 7 guarigioni e 1 di peritonite senza perforazione operato e guarito. Si intrattiene sull'importanza dei vari segni clinici della perforazione, sulle peritoniti senza perforazioni e sulle false perforazioni che rendono talora oscura la diagnosi la quale occorre sia fatta prima che si svolga la peritonite. Tuttavia conclude che nel dubbio sia preferibile intervenire. Parla della tecnica, combattendo il semplice drenaggio peritoneale alla Murphy.

Sulla determinazione del sistema emolitico nella reazione di Wassermann.

Prof. D. De Blasi. — L'O. intrattiene l'Accademia sulla determinazione del sistema emolitico nella reazione di Wassermann e sulle variazioni del titolo degli estratti acquosi di fegati eredoluetici nella reazione di Wassermann e porta una personale modificazione di tecnica la quale così oltre ad essere semplificata dà garanzia di precisione.

E. Grossi.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il segno dell'anestesia congiuntivale nel coma apoplettico.

Riesce spesso difficile stabilire se uno stato comatoso sia post-epilettico, uremico, tossico, isterico, o apoplettico. Friedmann (*Journal American Medical Association*, 1919) ha trovato un sintoma caratteristico nel coma consecutivo ad emorragia cerebrale. Nel coma profondo tutti i riflessi sono aboliti, ma negli stati stuporosi non gravi il Friedmann ha constatato che la cornea dal lato emiplegico è anche insensibile a differenza di quanto si ha in forme lievi di coma di altra origine. È noto che un sintoma importante dell'emiplegia è la diminuzione o l'assenza del riflesso addominale. Ma in qualche caso specialmente nelle donne con muscolatura addominale flaccida questo segno difficilmente si può mettere in evidenza. In tali casi, come del resto in tutti gli altri, può aiutare a

fare la diagnosi la assenza del riflesso corneale. Questo si può provocare strisciando un piccolo oggetto ottuso sulla congiuntiva fino a raggiungere la cornea evitando di arrivare sulla pupilla per non determinare un eventuale riflesso luminoso.

Finora della mancanza del riflesso corneale nel coma emiplegico aveva fatto cenno solo Milan il quale la attribuisce alla lesione del nervo facciale ossia dell'arco motore. Ma Friedmann pensa che se questa interpretazione fosse esatta si dovrebbe avere il riflesso consensuale all'altro lato. L'anestesia corneale sarebbe invece determinata dalla lesione di fibre sensitive presenti nelle vie motorie interrotte dallo stravaso sanguigno o forse anche al fenomeno di diaschisi di Monakovv, alla irradiazione dell'insulto al fascio sensitivo.

Nei casi con lesione delle sole vie motorie il sintomo scompare in pochi giorni, nei casi con lesione del talamo l'eminastesia di solito persiste.

Tra i casi di coma apoplettico osservati dall'autore molti presentavano questo solo segno sicuramente differenziale.

È un segno di notevole valore sia dal punto di vista clinico che terapico: esso permette di svelare l'origine del coma e quindi di indirizzare adeguatamente il trattamento.

Oltre che nell'emiplegia esso è presente nei casi di frattura della base del cranio con lesione del trigemino. Però la presenza di altri sintomi (paralisi di altri nervi cranici, radioscopia, esame del liquido cefalo rachidiano, ecc.) permette la diagnosi differenziale.

dr.

Il sintomo dell'analgesia oculare nella tabe.

Il globo oculare in condizioni normali ha una speciale sensibilità alla pressione, analoga a quella di altri organi come la trachea, i testicoli, le ovaie, l'epigastrio. La sensibilità oculare è dovuta alla eccitazione delle terminazioni nervose della coroide e delle sue dipendenze e quindi dipende dal trigemino per l'intermediario del nervo ciliare.

La sensibilità oculare alla pressione può essere modificata in varie malattie, ma particolarmente nella tabe. Tali modificazioni possono essere: iperalgesia oculare alla pressione, ipoalgesia ed anche scomparsa addirittura della sensibilità, ossia analgesia oculare alla pressione.

La iperalgesia oculare alla pressione è nella tabe rara, molto comune è invece l'analgesia. Questa si incontra in più che la metà dei casi dell'atassia locomotrice ed in tutti gli stadii dell'affezione. La frequenza del sintomo e le sue caratteristiche lo rendono un segno molto importante per le diagnosi dubbie.

Comunque bisogna tener conto che l'analgesia oculare alla pressione si può incontrare in affezioni locali dell'occhio ed anche nell'isterismo.

Pare che essa abbia qualche rapporto con la tensione intraoculare, con lo stato della retina e del nervo ottico ed in generale con tutte le manifestazioni che si incontrano comunemente con la tabe, e sopra tutto con lo stato della sensibilità corneale. Comunque la interpretazione patogenetica dell'analgesia oculare alla pressione nella tabe rimane oscura. La causa più logica sembra una neurite ciliare di origine simpatica, analoga alle neuriti viscerali comuni nella tabe.

dr.

Il significato prognostico del segno di Argyll-Robertson.

Il segno di Argyll-Robertson può essere una semplice sequela di sifilide ormai finita, ma può anche essere espressione di sifilide in piena attività.

E. Rasquin e B. Dujardin (*Archiv. méd. belges* genn. 1919) lo hanno studiato dal punto di vista prognostico su 222 soggetti, venendo alle conclusioni seguenti.

In una prima categoria, il segno è accompagnato da reazioni meningee, linfocitosi ed albuminosi; in questi soggetti, quando la reazione di Wassermann è positiva nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano, la prognosi è grave, per la probabilità di futura sifilide cerebrale e demenza paralitica; se invece la reazione è positiva solo nel liquido cefalo-rachidiano, la minaccia di demenza paralitica sembra eliminata e la forma si avvicina alla tabe frusta. Se la reazione è positiva solo nel sangue, sono improbabili la tabe e la demenza paralitica; con la diagnosi si dovrà distinguere se il focolaio sifilitico sia viscerale o nervoso. Se la reazione è negativa in ambedue i liquidi, anche dopo la riattivazione, la prognosi nervosa è favorevole.

In una seconda categoria, mancano le reazioni meningee, e la Wassermann è negativa: si può eliminare la tabe e la demenza paralitica, pur facendo riserva per una possibile sifilide cerebrale ulteriore.

In una terza categoria, mancano le reazioni meningee ed i segni umorali di sifilide attiva. Se la Wassermann, dopo riattivazione, diventa positiva, la prognosi nervosa è favorevole: se rimane negativa, il segno di Argyll-Robertson va considerato come una semplice sequela di sifilide guarita.

l. b.

CASISTICA.

La pannicolite.

Cummings (*Boston Med. a. Surg. Journal*, 21 agosto 1919) considera come incompleta la definizione degli AA.: « infiammazione dello strato adiposo superficiale dell'addome », in quanto che qualunque parte del corpo può essere colpita dal processo, il quale, oltre al cellulare sottocutaneo, coinvolge anche i muscoli superficiali.

La donna va più soggetta dell'uomo a questa affezione. L'obesità è un fattore predisponente; inoltre negli obesi vengono interessate aree più estese.

Il decorso è lentamente progressivo, senza sintomi subbiettivi acuti. Il paziente si lagna di dolorabilità in varie parti del corpo; solo negli stadî avanzati si presentano dolori definiti. V'è nervosismo, depressione, sensazione di fatica; frequente è l'emicrania.

Dal punto di vista diagnostico il sintoma « dolore » è importante nelle localizzazioni addominali, poichè in questi casi la malattia può essere confusa con affezioni degli organi interni. Segni diagnostici che meritano di fissare l'attenzione sono: 1° il dolore vivo ad una lieve palpazione, fuori di ogni rapporto con la dolcezza del contatto; esso viene meglio rivelato afferrando largamente il tessuto superficiale, anzichè serrandolo con forza o pizzicandolo; 2° il gonfiore, di carattere mollastro, spesso con noduli, e l'edema localizzato.

Caso tipico fu quello di una donna obesa, che aveva una storia di emicranie, nausee, stitichezza; dopo lievi fatiche dolore al quadrante superiore dell'addome, che s'irradiava alla scapola destra. All'esame fisico fu trovata una dolorabilità marcata nella regione della cistifellea; l'esame radiologico rimase negativo. In seguito a diagnosi di affezione probabile della cistifellea, venne praticata un'incisione esplorativa, che non rivelò nulla di anormale. Due anni dopo, in seguito a diagnosi di pannicolite e a due mesi di cura appropriata, tutti i disturbi scomparvero.

La cura consiste nel massaggio svedese bene eseguito, da parte di un *masseur* che sappia applicare il *pétrissage* « maggiore » e « minore »: le sedute debbono essere brevi per evitare la stanchezza: non oltre 30 minuti; per solito bastano tre sedute alla settimana.

Si deve correggere la stitichezza, di preferenza regolando la dieta e per mezzo di irrigazioni rettali alte, con olio di oliva, a sere alterne.

L'obesità va combattuta dando la preferenza alle verdure ed alla frutta e riducendo al minimo l'ingestione di carboidrati. L. V.

L'edema cutaneo regionale nelle affezioni degli organi addominali.

Le affezioni degli organi cavi dell'addome, nel decorso delle quali si determinino degli spasmi intensi o di lunga durata, sono spesso accompagnate da un edema cutaneo circoscritto. (O. Haus. « Wien. Klin. Wochenschr. », n. 46, 1919). Quest'edema, che interessa un segmento più o meno largo dell'addome e delle parti adiacenti del torace, si delimita con un margine netto dalla pelle normale vicina. L'edema non è mai molto intenso e va ricercato con attenzione. A differenza dall'edema nefritico, la pelle è iperemica di sangue arterioso. L'epidermide è dura al tatto, l'impronta lasciata dalla pressione digitale presenta colorazione gialliccia. L'edema è talvolta molto fugace, aumenta però di solito d'intensità e di estensione in rapporto alla durata degli spasmi muscolari che ne sono il fattore determinante. Si ignora per quale meccanismo gli spasmi muscolari possano determinare la formazione dell'edema. Rare volte l'edema si estende a tutto l'addome, mai esso si estende alle cosce nè allo sterno.

Le affezioni le quali molto spesso sono accompagnate dall'edema della cute addominale, sono principalmente i processi ulcerativi dello stomaco e dell'intestino; l'edema può accompagnare anche l'appendicite, la colelitiasi, l'occlusione dell'intestino.

pol.

TERAPIA.

Il trattamento della cistite tubercolare.

La cistite tubercolare non è mai primitiva, ma deve spingere alla ricerca di tubercolosi renale. Con l'asportazione del rene malato, la cistite però non scompare: da ciò la necessità di mettere in opera quanto è possibile per attenuarla, se non per guarirla. Le cure locali, però, vanno iniziate il più tardi possibile (Michon, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, giugno 1919), perchè le sondature ripetute, anche se eseguite con la massima cura, espongono al pericolo di infezione, e possono cambiare una cistite tubercolare semplice in una cistite a microbi associati.

Per evitare la distensione della vescica, che è sempre dolorosa, si faranno istillazioni goccia a goccia di pochi centimetri cubi, per mezzo di una piccola siringa o dell'istillatore a bolla di Guyon. Le istillazioni si faranno a vescica vuota, dopo la minzione, asportando eventualmente l'urina residua, con una sonda dei numeri 11 o 12, che si può lasciare in posto per l'istilla-

zione. Si potrà usare il sublimato (1 : 10.000-1 : 5.000 al massimo: preparare la soluzione senza alcool!), che agisce specialmente nelle infezioni secondarie e può dare buoni risultati se non si forzano le dosi e non si praticano troppo spesso le istillazioni.

Le soluzioni oleose al guaiacolo (gr. 5, con 1 gr. di jodoformio, in 100 gr. di olio d'ulive) ed al gomenolo (1/10-1/20) hanno il vantaggio dell'azione analgesica.

La soluzione di Neol dà pure buoni risultati: occorre prepararla al momento, mescolando 5 cmc. di Neol con 5 cmc di soluzione di joduro di sodio a 1 %, diluendo poi con 4 volumi di acqua; se ne instillano 2-3 cmc.

Il nitrato d'argento provoca sempre un accesso acuto e non deve quindi essere usato; solo in caso d'infezione secondaria, si potrà ricorrere ad altri preparati d'argento, quale p. e. l'argirol al 2-3 %.

Sono state raccomandate altresì le iniezioni di latto-bacillina. Gli antisettici urinari, assorbiti per la via digestiva, hanno azione insignificante.

Per calmare i dolori, talora insopportabili, si ricorrerà ai suppositorî di belladonna, od a piccoli clisteri di antipirina (g. 1) e laudano (gocce 15) in 50 g. di acqua. Talvolta i dolori sono tanto intollerabili, che è necessario ricorrere ad atti chirurgici, quali la cistotomia o l'esclusione vescicale.

Non si deve poi trascurare il trattamento generale energico e perseverante, quale si adotta in genere per i tubercolosi.

r. s.

Trattamento della gonorrea.

La migliore terapia, secondo H. E. Gibson (*British med. Journ.*, 3 maggio 1919), consiste nell'associare le misure locali a quelle generali.

Il trattamento locale consiste nell'irrigazione dell'uretra anteriore con antisettici non irritanti.

L'autore consiglia la flavina a diluizioni di 1 : 6.000, 1 : 8.000.

Le irrigazioni sono più efficaci che le iniezioni, perchè si usano maggiori quantità di liquidi e le pliche uretrali ne vengono spiegate. Occorre badare di non trasportare il materiale infetto all'uretra posteriore, ciò che può accadere con strumenti o con irrigazioni.

Come trattamento generale, per elevare la resistenza del paziente, l'A. consiglia l'uso dei vaccini a dosi crescenti, da iniettarsi 2 volte la settimana. La dose iniziale sarà di 20 milioni di gonococchi; si può arrivare da ultimo a 400 milioni di gonococchi con 2.000 milioni di stafilococchi, oppure con 1.000 milioni di gonococchi.

Le medicine per uso interno hanno un certo valore nell'alleviamento dei sintomi, come p. e. la disuria, ma non hanno affetti curativi.

r. s.

TECNICA MEDICA.

Parallelo fra la intubazione e la tracheotomia.

La difterite, affezione conosciuta dalla più remota antichità col nome di *ulcera siria, ulcera egizia, pestilentis guturis-afectio*, fu osservata e descritta per la prima volta nel I° secolo dell'èra cristiana da Areteo di Cappadocia: sia questi, come gli ulteriori osservatori la ritennero un'infezione puramente locale ed ulcerosa.

È merito degli scienziati spagnoli (*afferma in una Conferenza tenuta nell'Istituto Sieroterapico di Madrid il dott. Martinez Vargas*) l'aver riconosciuta l'infermità tal quale è, ossia un processo di intossicazione generale consecutivo ad una infezione locale.

Orbene, la tracheotomia è altrettanto antica quanto la difterite in quanto di essa ci parla già Ippocrate; la sua diffusione avviene però nel principio del XIX secolo con Bretonneau e più tardi con Trousseau. Anche la intubazione non è tanto moderna come pretendono gli americani: risulta che Ippocrate praticò il cateterismo del laringe e numerosi altri in seguito fecero tentativi di intubazione: Bichat mantenne una sonda in laringe per 20 ore, Py la utilizzò per estrarre membrane, Bouchut infine nel 1858 presentò a Parigi all'Accademia di Medicina un completo apparecchio per l'intubazione, O'Dwyer nel 1880 costruì tubi adatti alla forma del laringe e della trachea trionfando così della instabilità del tubo, che formava il principale ostacolo.

Con O'Dwyer, la intubazione entra nel dominio pratico dei medici: ma perdura sia per essa come per la tracheotomia l'ostracismo poichè gli utili effetti di tali operazioni erano resi nulli dalla inevitabile morte del bambino in seguito alla intossicazione generale: bisogna giungere al 1894, quando Roux presenta il siero antidifterico, per far giudicare indispensabili la tracheotomia e la intubazione per evitare l'imminente asfissia nel croup e dar tempo che il siero combattendo l'intossicazione, curi l'infermo.

Ciò premesso: quando dobbiamo intervenire chirurgicamente nel croup e quale dei due sistemi dobbiamo preferire?

Se esaminiamo le modalità con le quali si presenta in tale malattia la dispnea, vediamo che questa presenta due aspetti distinti: uno *meccanico*: si ha la dispnea per la strettezza della

glottide inerente alla tumefazione delle corde e della mucosa tappezzate dalla membrana difterica. È questa dispnea, costante, eguale, sia nel sonno che nella veglia, nel riposo e nell'agitazione.

Havvi poi lo stato *nervoso* della dispnea, dipendente dallo spasmo della glottide prodotto dalla irritazione, dalla ribellione stessa del bambino: dispnea intermittente, ad accessi, durante i quali il bimbo si accende in volto, si alza in cerca d'aria, si agita in uno sforzo supremo che aggrava la situazione e diminuisce la sua resistenza: in tal caso se noi attenuiamo questo spasmo e diamo tempo a che, col passare di qualche ora, si abbia l'azione disintossicatrice, ed inibente lo sviluppo delle membrane, del siero, eviteremo nel tempo istesso l'asfissia e l'operazione.

Esiste dunque un periodo nel quale il siero diligentemente iniettato ed un cucchiaino ogni mezz'ora di soluzione morfinica (1 centigrammo in 100 grammi di acqua) domina lo spasmo e la dispnea spasmodica.

Ma se l'asfissia è imminente, se il viso e le unghie mostransi cianotiche, se compare il segno di Bayeux (tetanizzazione dello sterno cleido-mastoideo in ciascuna inspirazione) la responsabilità della morte dell'infermo, ci obbliga ad operare. Ed allora, quale operazione preferiremo?

Giudicato il problema alla leggera, parrebbe senza dubbio da preferirsi l'intubazione alla tracheotomia in quanto la intubazione è rapida, è un atto logico di fisiologismo istrumentale, che ristabilisce a volontà un condotto transitoriamente ostruito, che non produce dolore, che non spaventa col sangue; mentre invece la tracheotomia riproduce il quadro della decollazione degli innocenti, richiedendo la sezione quasi del collo, mentre la tracheotomia può presentare difficoltà nell'emostasi, produce dolore e lascia una cicatrice indelebile

È senza dubbio da preferirsi, salvo l'esistenza di controindicazioni, la intubazione in un Ospedale, in una Clinica ove il servizio di guardia medica permanente garantisce l'immediata reintubazione nel caso di espulsione del tubo. In ogni altra contingenza la tracheotomia ci dà la sicurezza che l'accesso dell'aria ai polmoni non si interromperà, e per eseguire con sicura mano tale operazione basta un po' di esercizio fatto in una clinica o in una sala anatomica prima di praticarla nella clientela civile: lo strumentario è una cosa secondaria, tutto sta nella buona posizione dell'infermo e nella educazione dell'indice sinistro e della mano destra.

Se analizziamo poi, indicazioni e controindicazioni che decidono la scelta della tracheotomia vediamo anzi tutto che la prima manchevolezza della intubazione di fronte alla tracheotomia sorge quando le membrane sono molto estese e riempiono la parte media e inferiore della trachea: il tubo forma, non attraversando il blocco da un estremo all'altro, un tunnel incompleto e la respirazione non ostante l'ottima applicazione del tubo, non si ristabilisce. Viene sì stimolata la tosse e con questa l'espulsione delle membrane, ma se queste al di sotto del tubo sono molto aderenti, segue l'asfissia: la tracheotomia s'impone senza dilazione.

Non sono controindicazioni all'intubazione le epiglottidi larghe che si avvolgono sopra il padiglione del tubo, nè la strettezza dell'angolo aritenoideo: l'indice sinistro corregge il primo, i movimenti di và e vieni con il tubo rettificheranno la seconda.

Altra causa di insufficienza della intubazione è la coesistenza di una infiammazione acuta del timo essendo difficoltata l'introduzione del tubo e così pure la presenza di un ascesso retrofaringeo.

Formale controindicazione alla intubazione è inoltre l'edema del laringe.

E lasciando da parte i confronti è da intervenirsi con la tracheotomia senza discussione negli stati spasmodici, nei vomiti ripetuti coincidenti con il croup, nel distacco abbondante di membrane, quando coesista una laringe subglottidea, quando preesista una bronchite o broncopolmonite.

Infine è da ricordare che molti bimbi in stato di morte apparente, sia per essere stato il medico in ritardo avvisato, sia per la rapida evoluzione del male, furono salvati da una tracheotomia esedel male furono salvati dalla *tracheotomia in extremis*, i risultati della quale non potevano essere ottenuti con la intubazione.

(*Revista Española de medicina y cirugía*, numero 14, 1919).

Monteleone.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'importanza dei grassi nell'utilizzazione degli albuminoidi.

F. Maignon (*La Presse Médicale*, luglio 1919) sperimentando sul ratto bianco e sul cane ha dimostrato che la nutrizione coi soli albuminoidi non è compatibile con la vita degli animali e che la tossicità e il valore nutritivo delle proteine variano secondo la natura di queste e secondo la specie animale. La primavera e l'autunno avrebbero spiccata influenza sulla suscettibilità dell'organismo all'intossicazione azotata

e sulla glicogenesi e le combustioni organiche. Alimentando dei ratti bianchi con miscugli di ovoalbumina-amido, ovoalbumina-grasso in proporzioni variabili, ha constatato che il minimo di albumina necessario è tre volte minore col grasso che coll'amido e che la razione ovoalbumina-amido produce un totale di calorie molto inferiore. Conclude che l'importanza dei grassi consiste nell'intervenire nella utilizzazione degli albuminoidi, di cui aumentano il potere nutritivo e diminuiscono la tossicità. Quest'ultima azione riposa sui fatti seguenti:

1) La tossicità delle proteine pure è in ragione inversa della loro attitudine a trasformarsi in grassi.

2) La caseina è più tossica nei cani, ove è utilizzata senza il concorso dei grassi di riserva, che nei ratti, ove la perdita di peso è regolare e continua.

3) La tossicità primaverile e autunnale si ha solo coll'ovoalbumina, la cui ingestione non s'accompagna col sovraccarico di grasso nel fegato.

4) L'aggiunta di una piccola parte di grassi (1/4) all'ovoalbumina sopprime queste azioni tossiche.

Il *rapporto adipo-proteico* della razione alimentare prende così una grande importanza e ci indica il minimo di grasso necessario per l'utilizzazione economica e non tossica delle albumine. La scrematura parziale del latte può dunque non solo diminuire il potere nutritivo di esso, ma può per le sue proteine esser causa di tossicità.

Secondo Maignon sarebbe interessante studiare gli effetti della medicazione grassa nelle malattie della nutrizione, dovute all'intossicazione azotata, facendo notare che l'efficacia dei grassi sta nell'essere somministrati non a supplemento ma in sostituzione di altri alimenti.

CESETTI.

Avvelenamenti da aspirina. — Sono determinati da aspirine del commercio fabbricate male, probabilmente troppo ricche di acido salicilico. Si manifestano con indebolimento del polso, depressione della temperatura (35-36°), nausee, vomiti.

L'azione depressiva sul cuore si previene aggiungendo all'aspirina un po' di canfora (aspirina 0.50, canfora 0.05) o di caffeina (aspirina 0.50, caffeina 0.05); si cura con gli stessi rimedi (iniezione di olio canforato al 10 %, caffè forte). Se non si è sicuri della buona qualità del rimedio, lo si prescriva con moderazione, o si preferisca ad esso un altro antitermico analgesico maneggevole, per es. la fenacitina.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1076) *Malattia di Erb-Goldflam.* All'abbonato 7044:

Nessun contributo notevole è stato pubblicato in questi ultimi anni sulla conoscenza della malattia di Erb-Goldflann, la cui etiologia e patogenesi rimane ancora incerta.

In quanto alla prognosi è ben noto che la malattia ha nella generalità dei casi esito letale. Ma nella grande maggioranza dei casi il decorso è molto lento e si hanno lunghi periodi di miglioramenti ed anche scomparsa di qualche disturbo.

L'unica cura che si è dimostrata vantaggiosa è costituita dal riposo dei muscoli colpiti. Giovano anche i tonici e l'alimentazione abbondante, che deve essere somministrata in modo da evitare al paziente per quanto più è possibile il lavoro della masticazione.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

MENDES GUIDO. *La diagnosi delle localizzazioni polmonari della tubercolosi con speciale riguardo alle ricerche radiologiche.* Un vol. in-8° di 116 pag. con tavole. — Prezzo L. 9.

La guerra, col mettere in nuova luce la questione della diagnosi precoce della tubercolosi polmonare, ha largamente contribuito a risolverla.

L'istituzione dei noti centri d'accertamento — per cui l'A. ha speso gran parte della sua operosità — non solo è stata molto utile socialmente, permettendo di proteggere la salute dei singoli individui e di salvaguardare l'esercito dall'inquinamento tubercolare, ma ha avuto altresì il notevole vantaggio di raccogliere una grande quantità di dati e di osservazioni, da cui possono derivare importanti conclusioni pratiche.

L'A. ha avuto campo di studiare in tali centri il problema della diagnosi precoce della tubercolosi, con ogni sorta di indagini cliniche, radiologiche, necroscopiche, di laboratorio.

I risultati ottenuti, esposti in questo volume dopo un esame critico delle osservazioni antecedenti, permettono di portare ulteriori raffinamenti alla diagnosi.

Di singolare importanza è la *sindrome ilare*, descritta per la prima volta dall'A. come forma clinica autonoma, di cui egli definisce i caratteri: essa ha un grande significato, in quanto che

trattasi di lesioni tubercolari semi-quiescenti, che determinano un equilibrio instabile e che possono dare una tubercolosi conclamata.

Lo studio comparativo dei reperti radiologici e necroscopici tra di loro e con i dati anamnestici e clinici, compiuto mediante ricerche originali, porta molta luce sull'argomento della sede iniziale delle lesioni tubercolari e della loro sintomatologia.

Molto dimostrative sono le radiografie che accompagnano il volume.

Il lavoro contiene dunque, in forma succinta, le nozioni più utili e più nuove, che guidano a diagnosticare in modo precoce la tubercolosi.

fil.

VARIA.

I pericoli morali della fatica. — Miss Jane Addams al Congresso delle medichesse ha richiamato l'attenzione sul pericolo morale che corrono le donne affaticate. È l'*American medicine* che ce ne informa.

Non si è ancora messa abbastanza in luce la connessione tra la fatica e l'abbassamento della resistenza morale, connessione che sarebbe invece intima e chiara fra le donne che lavorano nelle officine, senza uno stimolo adeguato per la loro intelligenza e per i loro affetti. E dire che si è tanto gridato contro l'immoralità provocata dalla pigrizia a cui si contrapponeva la casta rettitudine di chi lavora. Anche Ovidio, che di amore se n'intendeva, riteneva che, togliendo gli ozî, si spuntano le frecce di Cupido, e si è quindi sempre sostenuta la necessità di combattere l'immoralità invadente, fornendo alle donne un'adatta occupazione, che impedisca loro di cedere alle tentazioni che sorgono negli ozî voluttuosi.

Ciò sarebbe giusto dal punto di vista fisico; da quello psicologico, invece, le faccende andrebbero diversamente, e Miss Addams intende darne la conferma, citando quanto avveniva nelle fabbriche di munizioni in Inghilterra. Le donne, che vi erano occupate, abbandonando la solita vita convenzionale, si sono date ben tosto ad eccessi di ogni genere, a bere, a fumare, a pratiche immorali; alla fine della giornata di lavoro, stanche per la fatica, esse, in gran parte, non ritornavano alle loro case, ma si riunivano nei caffè o in altri locali, spendendo largamente il loro denaro e comportandosi in modo molto libero con gli uomini.

Questo, secondo Miss Addams, si dovrebbe al fatto che, al pari della loro energia fisica, era depressa la loro resistenza morale; esse erano quindi disposte, non fisicamente, bensì moralmente, alla debolezza, tanto più che il lavoro gravoso, pure esaurendo il corpo, agisce come stimolante dei sensi.

Il fenomeno però non è limitato alla sola Inghilterra, nè tampoco alle fabbriche di munizioni, ma è sempre stato più o meno diffuso dovunque la donna ha preso larga parte nell'industria.

Zola in « Gérminal » ha descritto magistralmente la corruzione di certi ambienti industriali in cui lavora la donna, che viene così strappata dalle abitudini familiari e lasciata sola in mezzo a tentazioni di ogni genere.

Probabilmente però non è la sola fatica che agisce come spinta verso l'immoralità, ma sono specialmente le condizioni stesse in cui si esegue il lavoro, la maggiore libertà di cui gode la donna, la promiscuità, i soprusi dei capi, gli allettamenti dei compagni.

La guerra, poi, ha peggiorato evidentemente la situazione, sia per l'aumento di sessualità che accompagna sempre le guerre, sia per il maggior numero di donne lanciate nel lavoro industriale, sia per la smania di godimenti e di lusso, che ha invaso quasi tutte le classi.

Davanti a fattori così complessi, non potrebbe esser sufficiente la riduzione delle ore di lavoro, per diminuire la gravità del fenomeno. Miss Addams propone che l'operaia, dopo le ore di lavoro, non venga lasciata in balìa di sè stessa; si dovrebbe invece offrirle l'occasione di onesti divertimenti, di trattenimenti musicali, letterari, ecc. Tutto sta a vedere se le ragazze non vi preferiranno le danze in qualche fumosa osteria o le passeggiate più o meno sentimentali a fianco di qualche giovanotto.

Per ovviare ai pericoli accennati è necessaria una più larga visione dei fatti sociali, rivolgendosi più che altro all'educazione ed all'elevamento morale delle masse. Checchè si pensi per risolverlo, il problema è serio perchè le radici stesse dell' umanità possono soffrirne; è bene, quindi, che se ne interessi anche il medico, che in tale opera benefica può essere un attivo ed utile cooperatore.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La classe sanitaria al Parlamento.

Da uno spoglio sommario dei risultati delle elezioni politiche, sarebbero stati eletti i seguenti deputati appaternenti alla classe medica: Anile Antonino (Catanzaro), pop., Baglioni Silvestro (Macerata), lib., Barbato Piero (Bari), soc. uff., Beghi Galileo (Ferrara), soc. uff., Bergamo Guido (Treviso), combat., Bianchi Giuseppe (Novara), Bianchi Vincenzo (Campobasso), lib., Brugnola Luigi Arsenio (Perugia), Brunelli Umberto (Ravenna), soc. uff., Caminiti Rocco (Reggio Cal.), comb., Capasso Pietro (Salerno), lib., Caporali Raffaele (Chieti), lib., Casalini Giulio (Torino), soc. uff., Castellino Pietro (Foggia), lib., Cavallera Giuseppe (Cuneo), soc. uff., Cazzamalli Ferdinando (Cremona), soc. uff., Ciocchi Gaetano (Caserta), Cirincione Giuseppe (Palermo), lib., Colajanni Napoleone (Caltanissetta), rep., Colella Rosolino (Teramo), comb., Costa Gesualdo (Catania), lib., Dore Francesco (Sassari), rad., Evoli Tiberio (Reggio Calabria), comb., Falbo Italo Carlo (Cosenza), lib., Faranda Giuseppe (Messina), lib., Gallani Dante (Ferrara), soc. uff., Guaccero Alessandro (Bari), Maffi Fabrizio (Novara), soc. uff., Mazzarella Basilio (Caserta), lib., Morisani Teodoro (Caserta), lib., Muzi Saturnino (Aquila), comb., Pantano Edoardo (Catania), rad., Paparo Raffaele (Catanzaro), lib., Pezzullo Angelo (Napoli), lib., Pietravalle Michele (Campobasso), rad., Rindone Santi (Catania), lib., Sgobbo Francesco Paolo (Avellino).

Di questi 37 deputati, 11 appartengono al partito socialista ufficiale, uno al partito popolare, i rimanenti agli altri partiti, dal liberale al socialista riformista.

Sono rieletti: Barbato, Beghi, Bianchi V., Brunelli, Caporali, Casalini, Castellino, Cavallera, Colajanni, Dore, Faranda, Maffi, Masini, Mazzarella, Morisani, Paparo, Pezzullo, Pietravalle, Rindone.

I farmacisti deputati della nuova legislatura sono il dott. Bianchi Carlo (Cuneo), il dott. Farini Pietro (Perugia), Grossi Leonello (Bologna), il dott. Zanardi Dante (Bologna): questi è soc. uff. Di veterinari v'è il dott. Brancoli Brusdagli Nicola (Lucca), pop.

Sono professori ordinari di università: Baglioni (di fisiologia a Roma), Castellino (di clinica medica a Napoli), Cirincione (di clinica oculistica a Roma), Colajanni (di statistica a Napoli), Colella (di clinica delle malattie nervose e mentali a Palermo), Sgobbo (di radiologia ed elettroterapia a Napoli), è incaricato Caporali (di malattie toraciche a Napoli); sono liberi docenti: Anile, Bianchi V., Brugnola, Capasso, Faranda, Maffi, Morisani, Muzi, Pietravalle, Rindone.

Miglioramenti economici ai medici condotti. Una circolare del Ministero dell'Interno.

Il Ministero dell'Interno con circolare telegrafica ai Prefetti in data 8 dicembre p. p., mentre dichiara che, come noi abbiamo più volte detto, il D. R. del 16 ottobre, n. 1960 relativo ai miglioramenti economici da effettuarsi in favore degli impiegati comunali non si applica ai medici condotti perchè per essi già esiste la disposizione generica contenuta nello articolo 26 della legge sanitaria, soggiunge che con ciò si son voluti arrecare a tale classe di impiegati due non piccoli benefici. In primo luogo gli aumenti di retribuzione, che saranno accordati ai medici condotti non sono sottoposti ai vincoli ed ai limiti stabiliti dallo articolo 1 del succitato Decreto ed in secondo luogo contro i provvedimenti della autorità tutoria è ammesso da parte degli interessati il diritto di ricorrere al Consiglio Superiore di Sanità.

La detta circolare invita inoltre i Prefetti ad inviare subito formale diffida a quei Comuni che, non essendosi reso ancora conto del dovere di sistemare l'importante servizio sanitario e non avessero pertanto apportato miglioramenti economici ai propri medici, di farlo entro il 31 gennaio prossimo. In caso di oscitanza o di ulteriore ritardo interverranno senz'altro direttamente le Giunte Provinciali amministrative che dovranno provvedere entro un mese dalla scadenza del termine suddetto.

La medesima circolare avverte, infine che la revisione dei capitolati sanitari non va limitata alla sola retribuzione ma a tutte le altre disposizioni per cui risultino opportune delle modifiche, specie in dipendenza della abolizione delle condotte piene.

Rendiamo incondizionata lode al Governo per la premura e l'interessamento addimostrato a favore della benemerita classe dei medici condotti.

Essa, che ha dato splendida prova di vera abnegazione e di altruismo nella grande guerra, affrontando con animo sereno ed imperturbato sa-

crificii personali e materiali di non lieve entità, ritornata alle primitive occupazioni e riprendendo l'opera di apostolato e di carità specialmente verso i derelitti dalla fortuna, non ha mosso un lamento, non ha elevato alcun grido di allarme, non ha imbastiti comizii e pubbliche manifestazioni, non ha slanciati appelli al paese, e non ha costituiti sodalizii di protezione ma ha atteso con calma ed abnegazione, che, nel farraginoso aumento di compensi che si elargivano a tutti, dal più modesto operaio al più grosso impiegato, e nel vorticoso aumento di prezzo dei generi di prima necessità, venisse pur la sua volta per ottenere un miglioramento economico che la ponesse in grado di conservare il suo posto nella vita civile.

Indarno si sarebbe sperata una egua retribuzione da tutti i Comuni indistintamente, sia per le stremate risorse dei bilanci locali, atrofizzati nelle entrate e pletorici nelle uscite, sia per le difficoltà ed ostacoli burocratici, che spesse volte, fiaccavano ogni buon volere ed inducevano a desistere da qualsiasi iniziativa del genere.

Ora i termini sono precisi :

Se i Comuni entro il 31 di gennaio non avranno migliorato le condizioni economiche dei proprii medici condotti, vi provvederà senz'altro la autorità tutoria entro il mese successivo.

Ed i miglioramenti che potrà ordinare l'autorità tutoria non sono soggetti a limiti : essa è libera di accordare quella maggior somma che crede confacente tenuto conto delle condizioni locali, della potenzialità ed elasticità del bilancio e degli altri lucri professionali del richiedente.

Sindacato dei medici della provincia di Milano.

Il 14 dicembre ebbe luogo l'Assemblea del Sindacato sotto la Presidenza del prof. Francesco Mirto e presenti buon numero di medici di tutte le organizzazioni di categoria.

Vennero approvati i seguenti ordini del giorno :

« L'assemblea del Sindacato udita la relazione del Presidente prof. Mirto, approvando la linea di condotta finora seguita, augurandosi che il lavoro a profitto della classe medica debba essere intensificato secondo le direttive indicate dallo Statuto Sociale, passa all'Ordine del Giorno ». (Luraschi).

« L'Assemblea invita il Sindacato Medico ad invocare disposizioni legislative che disciplinino l'uso del titolo di « specialista » ed in assenza di disposizioni legislative approva il concetto del Comitato Esecutivo del Sindacato che ai fini delle tariffe si debba ritenere « specialista » solo colui che esercita esclusivamente la specialità ». (Montanari e Sigurti).

« L'Assemblea del Sindacato invita il Comitato Esecutivo a fare opera presso l'Ordine dei Medici acciocchè voglia ottenere dalle autorità governative l'esclusività della pubblicazione di una Guida Sanitaria annuale quale guida ufficiale della classe medica ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8073) *Pensioni.* — Dott. G. B. da V. Ella potrebbe profittare della disposizione contenuta nello articolpo 42 del testo unico della legge sulla Cassa di Previdenza secondo cui è ammesso, ai medici che si inscrivano con ritardo, il riconoscimento agli effetti della misura del trattamento di riposo di tanti anni di servizio effettivo quanti ne occorrono per completare un quindicennio anteriore alla loro iscrizione alla Cassa. A tale effetto, come premio del riscatto, Ella deve assoggettarsi al pagamento, entro un decennio, del capitale corrispondente ai contributi suoi e dell'ente con le quote mutue e gli interessi composti, cioè, di una somma di quattro o cinquemila lire circa.

(8074) *Dimissioni - Aspettativa.* — Dott. L. S. da R. del S. Dal momento che il capitolato dispone che le eventuali dimissioni del sanitario debbono essere presentate sei mesi prima dello effettivo abbandono del servizio, non si può in alcun modo accorciare tal termine, neanche adducendo ragioni di famiglia.

In quanto alla aspettativa essa non può essere chiesta nè per ragioni di famiglia nè per motivi di salute se non è sancita dal regolamento speciale di condotta o dal capitolato suddetto. In caso che abbia assoluto bisogno di lasciare la condotta deve, nell'attuale stato di cose, prendere bonarii accordi con l'amministrazione municipale, obbligandosi magari a porre, nel frattempo, un proprio sostituto accetto al Comune.

(8075) *Soppressione di condotta.* — Dottori S. e S. da P. Premesso che la soppressione di una delle due condotte pei poveri deve essere non solo deliberata dal Consiglio Comunale ma approvata dalla G. P. A. previo parere del Consiglio provinciale di Sanità, Le dichiariamo che, qualora fosse effettivamente soppressa una di esse, al medico che resterebbe senza alcun posto non compete alcuna indennità, intendendosi la soppressione avvenuta per forza maggiore.

(8076) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. T. da M. Tanto alla levatrice quanto al medico condotto compete la indennità caro-viveri, alla prima in ragione del doppio stipendio ed al secondo in ragione di lire 65 o di lire 100 mensili a se-

conda sia celibe od ammogliato, con centesimi 85 per ogni figlio oltre i primi 3.

(8077) *Pensioni.* — Dott. D. L. da G. Gli anni trascorsi prima della iscrizione non si possono riscattare. Per ottenere la pensione di riposo occorre fare 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio.

(8078) *Concorsi - Documenti.* — Dott. abbonato 3865. L'elenco dei documenti autenticato da un pubblico Notaio può essere esibito nel concorso, salvo alla Commissione giudicatrice di chiedere, se necessario e confacente, l'esibizione dei titoli personali in originale.

(8095) *Costituzione di consorzio.* — Dott. G. A. da V. Qualora codesto Comune si unisse con altro in consorzio, si dovrebbe bandire un concorso nuovo per la nomina del condottato consorziale. Cambiandosi l'ente presso cui Ella serviva, che da *Comune* diventa *consorzio* perde ogni dirittto precedentemente acquisito verso di quello che, essendosi trasformato, più non esiste.

(8096) *Indennità caro-viveri - Aumento stipendio*: Dott. A. F. da S. L'indennità caro-viveri è cosa assolutamente estranea ed indipendente dall'aumento di stipendio: si può avere l'una e non l'altro e viceversa, nè l'avere l'una implica impossibilità di ottenere anche l'altro. Fino ad ora l'indennità caro-viveri era acquisita di diritto in virtù del D. L. del 9 marzo ultimo, numero 338 e l'aumento di stipendio era concesso o meno a seconda analoga deliberazione del Consiglio Comunale. Ora la concessione dell'aumento è demandato alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 della legge sanitaria, che lo concede a seguito di domanda degli interessati e tenuto conto di varie circostanze locali ed anche degli altri lucri professionali del richiedente.

(8097) *Passaggio dalla condotta di una frazione a quella del capoluogo.* — Dott. G. S. da M. A chi fu nominato, in seguito a concorso, per una determinata frazione non è lecito passare alla condotta del capoluogo. Deve egli, volendolo, sottoporsi a nuovo concorso.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 3251:

Non v'ha dubbio: Ella ha diritto alla corresponsione della differenza degli assegni e dell'indennità di smobilitazione, calcolata in base al nuovo stipendio.

Al dott. A. d. B. da F. A.:

Ella non può ottenere la promozione a capitano medico perchè le promozioni da tenente medico al grado superiore sono ferme all'anzianità 1° maggio 1916.

Al dott. A. I. da G.:

Se Ella ha prestato servizio con truppe combattenti in prima linea non vi è dubbio che le spetti la polizza d'assicurazione. Se è già congedato si rivolga al Comando di Distretto da cui dipende.

All'abb. n. 8396:

I tenenti medici sono compresi sui quadri di avanzamento sino all'anzianità 4 marzo 1917.

All'abb. n. 9610:

È prevedibile che il congedamento degli ufficiali della classe 1891 sia per avvenire entro il prossimo febbraio. **M. G.**

Servizio medico-ferroviario. — Al dott. S. R. da N.:

La carta di libera circolazione per 425 Km., le competerà dopo 10 anni di effettivo servizio come medico di reparto, anche se questo servizio abbia avuto delle interruzioni e sia stato prestato in località diverse. Agli effetti di tale concessione però non è computabile il periodo di tempo prestato come medico di reparto provvisorio.

Concorsi per medici ospedalieri. — All'abbonato 9964:

Già sono stati banditi concorsi per posti di medici ospedalieri. L'Amministrazione degli Ospedali riuniti di Roma, ad esempio, ha già bandito un concorso per trenta assistenti. Il nostro giornale dà avviso di tutti i concorsi a posti per medici e chirurgi, che vengono a sua conoscenza.

Sul titolo di specialista. — Al dott. A. I. in B.:

Non sono necessari corsi o esami particolari per potersi qualificare specialista nelle varie branche della medicina.

Medici di bordo. — Per potere imbarcarsi come medico di bordo è necessario averne l'autorizzazione che si ottiene in seguito ad esami, che vengono indetti periodicamente dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. *a. a.*

Corso di perfezionamento in ostetricia e ginecologia. — Al dott. S. A. da S.:

Il corso di perfezionamento in ostetricia e ginecologia avrà principio presso l'Università di Roma il 12 gennaio. L'iscrizione si fa alla Segreteria della Università: occorre il certificato di laurea e pagare la tassa.

Corsi di perfezionamento. — All'abb. n. 7452:

Vi saranno corsi ufficiali di perfezionamento in otorinolaringologia e in altre branche di medicina; le cliniche di Roma dànno del resto larga ospitalità a tutti quei medici che hanno desiderio d'imparare o di perfezionarsi. *t. p.*

Al dott. A. Z. da R.:

Non esistono a Roma ospedali speciali ed ambulatori per malattie chirurgiche tubercolari. Tali malattie vengono curate nei reparti chirurgici ospedalieri. **R. B.**

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il colonnello medico prof. Cesare Baduel, già capo dell'Ufficio provvidenze sociali della Croce Rossa Italiana, ha assunto la carica di Direttore generale, alla quale era stato da tempo designato. Egli succede al maggiore generale medico comm. Giuseppe Brezzi, che lascia per ragioni di età e di salute il suo posto, ma che continuerà a prestare la sua opera illuminata in commissioni ed incarichi speciali.

L'insediamento del prof. Baduel si è compiuto con una cerimonia solenne e cordiale.

Il dott. Virgilio Craglietto è nominato, dalla Giunta Provinciale dell'Istria, primario della divisione chirurgica nell'Ospedale Provinciale di Pola.

Il prof. dott. Finocchiaro De Meo, libero docente in patologia chirurgica presso l'Università di Catania, ha ora conseguito anche la libera docenza in patologia e clinica delle vie urinarie presso la stessa Università.

Al valente professionista facciamo i nostri rallegramenti.

Presso la nuova facoltà medica di Colonia sono stati chiamati: il prof. Dietrich alla cattedra di anatomia patologica, il prof. Hering alla cattedra di patologia generale e sperimentale.

Il prof. Mönkenberg, direttore dell'Istituto patologico di Strasburgo, è passato a Tubinga, quale successore di v. Baumgarten.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Martino Francesco da Lungro, tenente medico al 28 fanteria. Prestava la sua opera con singolare intrepidezza sotto l'infuriare del fuoco nemico. Assalito da forte febbre, continuava per diversi giorni ad adempiere la sua pietosa missione, dimostrando alto senso del dovere. San Biagio di Collalta. Fagarè di Piave, 17-22 giugno 1918.

Accardi Arnaldo, da Meldola (Forlì), capitano medico 240 reggimento fanteria (M. M.). Dirigente il servizio sanitario reggimentale, avendo una granata nemica di grosso calibro ucciso con altri quattro ufficiali il medico di battaglione, accorreva prontamente sul posto e con calma singolare e con sereno sprezzo del pericolo, sotto lo scoppio di un'altra granata caduta vicinissima, provvedeva all'assistenza di numerosi feriti e alla pietosa rimozione dei morti dalle macerie (Monte Asolone, 28 agosto 1918).

Il fascicolo 1 (1° gennaio 1920) della nostra SEZIONE MEDICA che trovasi in corso di stampa e che sarà spedito fra pochi giorni agli associati, contiene:

Augusto Murri: *Dei medici futuri;*

Tommaso Pontano: *Sulla riproduzione dei macrogameti di plasmodium vivax nel circolo sanguigno* (con una tavola litografica).

CONDOTTE E CONCORSI.

LOREO (*Rovigo*). — Concorso medico del 1° riparto. Stipendio L. 0000. Indennità cavalcatura L. 1800. Indennità caro-viveri. Cura per soli poveri.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso per titoli ed esami a medico ispettore degli Istituti Ospitalieri, assistito dallo stipendio annuo netto iniziale di L. 5600, con un aumento di annue L. 1500 dopo il secondo anno di servizio e con aumenti periodici successivi fino ad uno stipendio annuo netto massimo di L. 12,500 dopo il ventesimo anno di servizio stabile, con diritto di pensione. Il medico ispettore meno anziano avrà l'obbligo delle supplenze degli altri ispettori. Il servizio di notte in turno cogli ispettori verrà retribuito con l'emolumento di L. 10 per ogni notte di servizio. Istanze in carta da una lira al Protocollo del Consiglio Ospitaliero, non più tardi delle ore 16 del giorno di venerdì 30 gennaio 1920, corredate dai documenti.

SASSOCORVARO (prov. *Pesaro*). — Cercasi medico-chirurgo interino, prevalentemente chirurgo. L. 20 giornaliere, nette, oltre cavalcatura gratuita e altre L. 500 annue, nette, a titolo indennità alloggio. Condotta piena. Sarà preferito chi non condurrà seco famiglia. Domanda, e titoli anche in carta semplice ad uso amministrativo, al Sindaco.

E' vacante un posto retribuito d'assistenente nel Laboratorio di terapia sperimentale Bruschettini in Genova.

Oltre lo stipendio sono a disposizione tutti i mezzi di studio. Rivolgersi: Prof. Bruschettini - Genova.

Coniugi, ambedue laureati da sei anni in medicina, l'uno con servizio di due anni di pratica privata e quattro di zona di guerra, l'altra con servizio ospitaliero in città principale da quando laureata, cercano lavorare assieme, anche in condotta, in paese o cittadina del litorale dell'Italia settentrionale o centrale. Indirizzare: Dottor Pedonzi - Bellano (Como).

PREMIO « LUIGI PEROZZI ».

È bandito un concorso con premio di lire 1000 per un lavoro originale « *Sul significato della Zona Cozzolino della capsula periotica nei rapporti colla sordità progressiva* ». Possono prender parte al concorso tutti i medici chirurghi e studenti in medicina, regnicoli.

Il concorso si chiude il 31 dicembre 1921. Il lavoro dattilografato dovrà pervenire prima della mezzanotte di detto giorno alla Direzione della R. Clinica Oto-rino-Laringologica di Napoli, accompagnato da preparati istologici, disegni, ecc.

Ogni Autore dovrà contrassegnare il proprio lavoro con un motto, che sarà ripetuto su una busta chiusa, contenente nome, cognome e indirizzo.

I lavori saranno esaminati da una Commissione nominata dalla Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli. Dei risultati di tale esame verrà compilata una Relazione, che sarà fatta di pubblica ragione.

Per indicazioni sulla *Zona Cozzolino della capsula periotica* si potranno consultare la Nota

preventiva del Docente Dr. Luigi Perozzi: « Contributo alla etiologia della otospongiosi », pubblicata in Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, Vol. XXVII, 1916, fasc. I, pag. 85; oppure la Mongrafia dello stesso Autore « Ricerche anatomiche intorno alla capsula del labirinto »: ogni concorrente potrà ottenere gratuitamente tale pubblicazione rivolgendosi alla cortesia della signora Itala Cremona Cozzolino (Via Serra, 2-8 Genova).

Questo premio è dato dalla vedova del professor Vincenzo Cozzolino per onorare la memoria del Nipote Dr. Luigi Perozzi, già assistente della Clinica Oto-rino-Laringoiatrica di Napoli e di quella di Basilea, morto in guerra sul Carso, il 4 settembre 1917, e libero docente *ad honorem* in base alla sua tesi, di cui è parola in calce al Bando.

NOTIZIE DIVERSE.

Per i tubercolotici di guerra.

I rappresentanti dell'Associazione Nazionale tra i tubercolotici di guerra - generale De Rossi, presidente onorario, Romagnoli, presidente effettivo e Lepask, vice-presidente - sono stati ricevuti dall'on. Belotti, sotto-segretario di Stato al Tesoro, il quale sovraintende ai servizi per l'assistenza militare e le pensioni di guerra.

Questi, mentre si è riservato di esaminare benevolmente il memoriale presentatogli coi voti e le aspirazioni di tanti infelici, ha disposto a beneficio dell'Associazione un sussidio di ventimila lire.

Beneficenza.

La signora Maria Regazzoni, morta in Milano recentemente, ha con suo testamento segreto istituito erede universale della sua sostanza, ammontante a circa L. 700.000, l'Ospedale Maggiore di Milano.

Il Marchese Carlo Alberto Pizzardi, per onorare la memoria del padre suo, senatore Luigi, che fu il primo presidente del Ricovero di Mendicità Vittorio Emanuele II, in Bologna e primo sindaco di Bologna libera nel 1859, ha fatto donazione al Ricovero stesso di otto possessioni nel comune di San Giorgio di Piano; inoltre ha fatto donazione all'Ospedale di Bologna di tutti i suoi beni immobili di Bentivoglio e del comune di San Pietro in Casale, allo scopo di erigere un nuovo Ospedale, con separato reparto di tubercolotici: si tratta in complesso di parecchi milioni, che il marchese Pizzardi ha dato così alla beneficenza.

Un nuovo ospedale.

A Somma Lombarda, con largo intervento di tutte le autorità provinciali e locali, si è posta la prima pietra del nuovo Ospedale mandamentale per la cui costruzione si sono già raccolte oltre 375 mila lire. Tenne il discorso inaugurale il prof. Bellini.

Per il riordinamento del servizio sanitario del Mininistero dei Trasporti.

Il Ministro dei Trasporti ha nominato una Commissione per lo studio dei mezzi atti a riordinare e coordinare i servizi sanitari delle ferrovie, della navigazione e dell'areonautica.

La Commissione è presieduta dall'on. prof. Caporali ed è composta del prof. Mazzoni Gaetano, del dott. Baldi Achille, capo divisione del Servizio sanitario delle ferrovie dello Stato, del dottor Fabi Paride, medico di reparto delle ferrovie stesse, dell'on. prof. Baglioni Silvestro, del professor Gradenigo Giuseppe, del prof. Herlitzka Amedeo e dei dott. Fornaciari Bruno e Tadaldi Giuseppe della Direzione della Sanità Pubblica.

Funzioneranno da segretari il dott. Teppati Temistocle, medico principale delle ferrovie dello Stato, ed il dott. Di Nola, maggiore medico.

Corso di perfezionamento in Pediatria

Nel corrente mese di gennaio alla Clinica pediatrica della R. Università diretta dal prof. Concetti sarà tenuto un corso di perfezionamento in Pediatria per i laureati in medicina.

Il corso avrà la durata di quattro mesi. Tassa di iscrizione L. 200.

Con altro avviso sarà dato l'ordine delle dimostrazioni cliniche e delle lezioni. I posti sono limitati onde sarà tenuto conto delle iscrizioni più sollecite.

Corso di Medicina del Lavoro.

Negli Istituti clinici di perfezionamento — Clinica delle malattie del lavoro — dal 12 gennaio all'8 febbraio pross. si terrà un Corso rapido di medicina del lavoro, al quale saranno ammessi non più di 30 medici. Tassa d'iscrizione L. 10. Le lezioni e le dimostrazioni relative avranno luogo in ogni giorno non festivo dalle ore 13 alle 17.

Propaganda igienica nel Mantovano.

La Commissione Pellagrologica della Provincia di Mantova, appoggiata dall'Ordine dei Medici e dalla Associazione Nazionale dei Medici condotti, ha deliberato di organizzare in vari Comuni della provincia un ciclo di conferenze popolari di igiene sui temi: 1) Infezioni, malattie infettive, disinfezioni; 2) Igiene delle abitazioni e delle adiacenze; 3) Igiene della persona; 4) La tubercolosi; 5) Alimentazione, Pellagra. Ne ha redatto gli schemi il dott. Franklin Vivenzo.

Le commissioni per gli esami di laurea.

Un R. Decreto stabilisce che ogni commissione per gli esami di laurea deve essere composta di 11 membri, compreso il preside della facoltà che la presiede. Di questi membri sei sono scelti dalla facoltà tra i professori ordinari e straordinari ed anche tra i professori incaricati che insegnano di-

sciplina a cui si riferiscono la dissertazione e la tesi scelta dal candidato; gli altri quattro sono nominati dal rettore, su proposta della facoltà, fra i professori emeriti e onorari, con preferenza per quelli che abbiano esercitato l'insegnamento nell'anno scolastico e anche fra altre persone estranee alla facoltà.

Mostra campionaria dell'industria chimico-farmaceutica nazionale.

Il Comitato Centrale Direttivo, in seduta straordinaria, ha deciso di fungere direttamente e senza alcun tramite di Commissario quale Comitato per la *Lombardia* e il *Piemonte*.

Cosicchè per queste due regioni il Comitato resta così formato: presidente prof. Bertazzoli; segretario dott. L. Maranelli; cassiere sig. Frigerio; consiglieri i dottori: Bartolo Gei, Elia Scarpellini.

Nella stampa sanitaria.

La « Revue Internationale de la Croix Rouge », bollettino internazionale delle Società della Croce Rossa, pubblicato dal Comitato internazionale fondatore di questa Istituzione, rispecchia l'attività grandiosa e benefica della Croce Rossa in tutti i paesi, per la tutela e la restituzione dei prigionieri e degli ostaggi di guerra, per la tutela dei profughi, per l'assistenza nelle pubbliche calamità, per la lotta contro le epidemie, per l'assistenza sanitaria, per la propaganda igienica ecc.

Richiamano specialmente l'attenzione la lotta e la difesa contro il tifo esantematico, malattia diffusasi epidemicamente nella Polonia, nella Penisola Balcanica, in tutto l'Oriente e che minaccia le nazioni occidentali; la campagna antitubercolare della C. R. Americana in Francia; quella per la tutela dell'infanzia in Svizzera, ecc.

La C. R. Italiana si fa notare per l'organizzazione delle sue attività di pace, secondo il noto programma elaborato per impulso del neo-presidente on. Ciraolo, col concorso di una Commissione sanitaria centrale.

La rivista si pubblica a Ginevra (Corraterie, n. 24); costa 20 franchi l'anno (in moneta svizzera).

Un Orfanotrofio italiano a Zurigo.

A Zurigo si è inaugurato un grande Orfanotrofio italiano per i figli dei militari morti in guerra, che avevano prima residenza in Svizzera. Alla benefica istituzione ha concorso con magnifica unanimità di consensi e di opera la colonia italiana, coadiuvata anche da personalità svizzere del commercio e dell'industria.

Cento milioni per la coltura medica agli Stati Uniti.

Il « General Education Board » della Fondazione Rockefeller ha ricevuto altri 20 milioni di dollari (all'incirca 100 milioni di franchi in valuta metallica) da destinare all'insegnamento medico negli Stati Uniti. — Quell'ufficio venne organizzato nel 1902; il suo capitale era allora di 43 milioni di dollari; nel 1915 le sue disponibilità ascendevano a 117 milioni di dollari (all'incirca 600 milioni di franchi in valuta metallica), malgrado avesse assegnato somme ingentissime per promuovere la coltura medica.

Conferenza interuniversitaria franco-svizzera.

Si è riunita in seguito ad invito dell'Università di Ginevra, dal 30 settembre al 4 ottobre, in questa città. Scopo della riunione è stato quello di stabilire relazioni durevoli tra le Università dei due paesi, mediante lo scambio di studenti e di insegnanti. Per quanto riguarda gli studi medici, sono stati emessi dei voti per il riconoscimento reciproco degli studi compiuti nei due paesi, non però per i diplomi. Ai delegati francesi venne fatta un'accoglienza cordialissima.

Ministero dell'igiene in Ungheria.

È stato ora creato dalla Repubblica Ungherese un « Ministero per l'igiene del popolo » ed affidato al dott. A. Csillery.

Per un ministero della salute pubblica in Germania.

Il Governo tedesco ha presentato al Parlamento un progetto di legge per l'istituzione di un « Ministero per la salute del popolo ». A favore del progetto hanno parlato deputati di diversi partiti: Brandenburg, Schlossmann, Friedmann, Fassbender ecc.

(*More solito*, l'Italia verrà in coda a tutte le altre nazioni!)

Uno sciopero dei medici in Irlanda.

I medici municipali di Dunkalk in Irlanda hanno proclamato ed attuato lo sciopero, per dare efficacia alle loro insistenti richieste di miglioramenti economici.

La loro retribuzione attuale corrisponde a circa 6875 franchi all'anno; essi chiedono circa 175 franchi alla settimana (7 ghinee), ossia circa 9000 franchi all'anno, per i loro servizi comunali.

Questa cifra corrisponde a quella di molti lavoratori del braccio.

Numerosi pazienti si presentarono ai dispensari pubblici durante lo sciopero; ma non vennero esaminati.

Una Casa dei Medici a Madrid.

I medici di Madrid hanno deliberato di costruire una « Casa dei Medici », il cui costo è preventivato in 600,000 pesetas, che saranno coperte con azioni di 100, 500 e 1000 pesetas. Consterà di un grande palazzo di otto piani; nel sottosuolo saranno riunite le esposizioni di acque minerali spagnuole e straniere; il pianterreno accoglierà un'esposizione di prodotti farmaceutici; al primo piano sarà un circolo con sale di festeggiamenti; al secondo le sale di riunione per le Società e le Associazioni di medicina; i piani superiori conterranno 200 camere per alloggiare medici di passaggio a Madrid.

Assicurazione contro le malattie professionali in Francia.

La Camera ed il Senato in Francia hanno approvato una legge che estende alle malattie professionali la legge del 9 aprile 1898 sugli infortuni del lavoro.

(Notiamo che in Italia era stata proposta più volte una legge del genere, che ora è resa superflua dall'assicurazione generale contro le malattie).

Un'epidemia di dermotifo in Spagna.

Si è iniziata nelle provincie di Granada e di Ameria e poi diffusa; in seguito a misure alquanto tardive di spidocchiamento, la malattia sembra in decrescenza.

Un'epidemia di scarlattina a Belfort.

Sono denunziati a Belfort centinaia di casi di scarlattina; in una sola notte ne vennero ricoverati 21 nell'ospedale principale.

Violenta epidemia di peste a Costantinopoli.

Una forte epidemia di peste è scoppiata a Costantinopoli. Sono stati chiusi tutti gli stabilimenti pubblici ed è stato sospeso perfino il servizio dei trams perchè l'epidemia prende proporzioni sempre più allarmanti.

Contro la propagazione del tifo esantematico.

In seguito all'appello lanciato dalla Lega delle Società della Croce Rossa per la lotta contro l'epidemia tifica ora dominante in Polonia, la Croce Rossa portoghese ha offerto cinque mila franchi, e quella romena ventimila, per la campagna contro la propagazione della malattia nell'Europa occidentale.

Vittima del dovere.

Il dott. Giuseppe Galli, medico condotto a Reggio Emilia, non ancora cinquantenne, è morto di un'infezione streptococcica contratta in servizio.

Viene confermato che alcuni mesi or sono, durante i movimenti spartachiani, venne fatto ostaggio ed ucciso a Monaco il prof. ALBERTO DÖDERLEIN, noto ginecologo e batteriologo. Nato nel 1860, laureatosi nel 1884, tenne la cattedra di clinica ostetrica e ginecologica prima a Groninga, poi a Gottinga e da ultimo a Monaco.

Le sue pubblicazioni, numerosissime e apprezzate, concernono molti argomenti; rimarranno classiche quelle sulla flora batterica dei genitali muliebri.

Ci auguriamo ancora che la notizia venga smentita.

« La Presse Médicale » reca soltanto ora la necrologia di HENRI DOMINICI, morto il 21 maggio 1919. Era di origine corsa. Fu un maestro incontestato dell'ematologia in Francia: dimostrò che la produzione delle emazie nucleate può essere legata ad un'azione irritante esercitata da prodotti tossici sul midollo spinale; riconobbe che le cellule linfatiche possono trasformarsi in cellule connettivali fisse; scoprì che gli organi linfoidi possono subire una metamorfosi mieloide, cioè assumere la struttura del midollo osseo rosso, ecc.; ha creato il metodo dell'irradiazione ultra-penetrante del radium, basato sull'utilizzazione dei raggi che hanno attraversato: i metalli pesanti: su questo procedimento si basa quasi tutta la radiumterapia moderna. P.

Sono morti tre anatomisti di valore: a Stoccolma il prof. G. M. RETZIUS, noto per le sue ricerche sull'istologia dell'organo dell'udito; a Marburgo il prof. E. GASSER, che ha dato il nome al ganglio omonimo; a Gottinga il professor F. MERKEL.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Stab. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, resp.

Anno XXVII | Roma, 12 gennaio 1920 | Fasc. 2.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROLUSIONI.

Prof. AGENORE ZERI.
Direttore dell'Istituto di Patologia spec. medica dimostrativa della R. Università di Roma!.

L'odierno indirizzo della patologia speciale medica

Colleghi, Giovani egregi,

Nell'ascendere, per voto della Facoltà Medica di questa Università, alla Cattedra di Patologia speciale medica, mi è grato cogliere l'opportunità di presentarmi a Voi, non per adempiere ad una rituale formalità accademica, ma per compiere, in intima fraternità di spirito con Voi, un dovere che mi è doppiamente caro: rendere omaggio a Colui che è sempre, per me nella palpitante vitalità del ricordo, per Voi nella profonda suggestione della sua dottrina, Maestro sommo di saggezza clinica: « Guido Baccelli »; rinverdire la memoria di Coloro che mi precedettero nell'insegnamento di questa disciplina, su questa Cattedra, e mi lasciarono una tradizione da continuare e da congiungere all'odierno indirizzo scientifico della Patologia.

Chi riceve l'alto ed ambito compito d'impartire l'insegnamento di una disciplina medica da una Cattedra di Roma, non può sentirsi estraneo allo spirito di profondo naturalismo clinico, che qui fece aleggiare e dominare l'insegnamento di Guido Baccelli. Non solamente noi, che avemmo la fortuna di vivergli vicini, ma tutta una generazione di studiosi, ma un'intera epoca storica della nostra elaborazione culturale, fu permeata dalla netta, precisa sensibilità del suo intuito clinico, dalla lucida visione delle sue sintesi, dal suo fecondo ed aperto ecletismo scientifico. *Continuatore*. Egli fu della tradizione, prettamente italica, di Morgagni, di Lancisi ecc. in quanto ne ereditò, oltre l'indirizzo verso il positivismo, la severa facoltà di osservazione dei fenomeni morbosi, come quando sollevò ad altezze ideali di giudizio la sintesi dei fatti clinici; *precursore,* quando presentì la grande importanza che l'analisi sperimentale e le indagini di laboratorio andavano assumendo in medicina, ma anche quando deci-

samente ne proclamò la dipendenza e la soggezione alla Clinica. Cosicchè da Lui la nostra Scuola deriva quel senso naturalistico della medicina, che fino ad ora abbiamo cercato e cercheremo sempre di trasfondere nell'insegnamento, e che si basa sopra un equilibrio armonico fra la osservazione e l'induzione, fra il particolare e il generale, tenendo il dovuto conto della correlazione ed interdipendenza dei fenomeni e della loro confluenza in leggi naturali.

Clinica è facoltà di analisi e potere di sintesi: e di questa consapevole coscienza come fu penetrata per Suo magistero la nostra personalità medica, così noi cercheremo di formare la vostra.

***

Predecessori miei nell'insegnamento di questa disciplina furono: Luigi Galassi ed Eugenio Rossoni. Da ambedue, ripeto, ricevo una tradizione da continuare.

Luigi Galassi fin dal 1843 fu nominato Professore supplente per le Cattedre di Fisiologia e di Medicina teorico-pratica, come allora si chiamava l'insegnamento della Patologia speciale medica. Tenne quest'ufficio per nove anni e nel 1851 fu nominato Professore effettivo. Egli insegnò per quarantasette anni nella nostra Università, e si spense nell'agosto dell'anno 1895. Come si esprime Ettore Marchiafava in una sua commemorazione, Galassi fece i primi studi medici in un'epoca in cui l'insegnamento ufficiale della medicina era precipuamente teorico e nel quale la Patologia, allontanatasi dalla osservazione clinica (se non unica, precipua fonte del sapere medico), era dominata dalle idee sistematiche, dalle teorie senza fondamento, dalle formule dogmatiche che annebbiavano la medicina in Italia e fuori. Galassi si emancipò da questi preconcetti, risalendo alle pure fonti ippocratiche e rinnovandole con l'esercizio rigoroso della osservazione clinica negli ospedali. A tale severo metodo educò parecchie generazioni di medici. Lasciò impronta duratura nella letteratura medica descrivendo, assai prima degli stranieri, la sindrome nota col nome di morbo di Weil e facendo importanti ed originali osservazioni cliniche su speciali forme febbrili e nel campo delle malattie del sistema nervoso. Fu ricco di profonda cultura classica, acquistata col lungo studio, fino dalla prima giovinezza, cosicchè la lettura degli autori classici greci e latini costituiva il suo riposo dagli studi e dall'esercizio della medicina.

Come uno dei più dolci ricordi della mia giovinezza torna spesse volte dinanzi al mio pensiero la sua bella figura atteggiata a dignitosa gravità, dalla fisonomia dolce e serena e dallo sguardo franco ed aperto, sincere espressioni del suo animo buono e leale.

Inchiniamoci riverenti dinanzi alla sua cara memoria, inviando gentili pensieri di riconoscenza al dotto e venerato Maestro che primo c'indirizzò nello studio della medicina clinica.

***

Eugenio Rossoni salì la Cattedra di Patologia speciale medica nel 1896. Egli vi giungeva nella piena maturità del suo ingegno e della sua cultura, dopo lungo tirocinio didattico. Era stato incaricato dapprima nel 1881 di Chimica clinica e poi di Propedeutica clinica medica nel 1884 Cattedra che fu istituita in quell'epoca e, dopo aver vinto i concorsi per tale disciplina presso le Università di Catania e di Pavia, ne fu nominato straordinario nel 1888.

Guido Baccelli, che lo ebbe prediletto, gli affidò l'incarico dell'insegnamento della Clinica medica generale, durante i varii periodi in cui egli fu Ministro di Stato, periodi che durarono per ben nove anni. A quest'onore eccezionale Egli corrispose con passione e con profondo sentimento di dovere, dettando lezioni di tale matura esperienza clinica, che è da rammaricare non siano state raccolte e pubblicate.

Quest'elevato e diuturno esercizio di dottrina valse a Lui popolarità e successo professionale estesissimi.

Giunse, pertanto, alla Cattedra di Patologia, ricco di una esperienza, che anche il diuturno contatto con gl'infermi dell'ospedale di S. Spirito, dov'era Medico Primario, aveva irrobustito ed affinato. Convinto che l'insegnamento della Patologia non dovesse consistere unicamente in un'arida esposizione di statistiche e di descrizioni, raccolte nei trattati, pose precipua cura nel sottoporre numerosi malati all'osservazione dei suoi allievi. Egli abituò così gli studenti all'esame clinico, apprendendo loro la fenomenologia morbosa, col sostituire alla secca ed arida descrizione orale, la feconda osservazione del malato. Questo metodo, essenzialmente logico e razionale, conduceva lo studente ad una perfetta sistemazione delle osservazioni ed educava il suo spirito a non accettare, senza controllo, le nozioni dei testi di medicina.

La memoria di Lui è troppo presente in Voi tutti, perchè la mia parola debba maggiormente ravvivarla. Pure non riuscirei a darvi completa l'immagine della Sua personalità medica, se non la colorissi del riflesso della sua bontà, che fu espressione così connaturata della superiorità del Suo animo, della tolleranza dei suoi giudizi, della

libertà ed indipendenza delle sue opinioni. Tali qualità furono anche la caratteristica del suo metodo d'insegnamento: piano, alieno da ogni posa cattedratica, ma solido e persuasivo, in virtù quasi della semplicità con la quale s'insinuava, scartando le difficoltà, evitando gli ostacoli, raggiungendo senza sforzo la sicurezza logica del giudizio. Queste sono le doti naturali di attitudine didattica, che costituiscono il segreto del successo, ed Eugenio Rossoni le possedè e le esercitò in sommo grado e con efficacia grandissima.

***

Chi assume il difficile compito di esercitare la medicina, ha il dovere di formarsi una concezione precisa della dinamica dei fenomeni della vita.

Bisogna che i giovani sappiano, fin dal loro appressarsi alla conoscenza dell'uomo malato, che la medicina non è meccanica, nè una scienza esatta, ma *una sforzo continuo d'interpretazione delle leggi della vita.*

Come tale, esige in chi la vuole apprendere, e più in chi la vuole insegnare, non soltanto il possesso di cognizioni positive ben chiare, ma la formazione di un indirizzo mentale che, abituando ad istituire rapporti logici fra fatti osservati e alcune leggi fondamentali dell'organismo vivente, abitui all'esercizio dell'interpretazione logica dei fatti stessi. Quest'interpretazione non è poi che la *diagnosi,* supremo fine e coronamento di tutte le molteplici attività delle discipline mediche, anche di quelle che sembrano le più lontane da questo fine.

Nella storia della medicina questo bisogno fu sempre sentito. Ogni epoca cercò di sistematizzarlo e di concretarlo in espressioni dottrinali che, per la mancata loro aderenza con la realtà e con la verità, per la insufficienza dei mezzi di osservazione e d'interpretazione, non furono e non potevano essere, salvo geniali ed isolate intuizioni, quali quelle di Morgagni, di Lancisi e di pochi altri, che tendenze filosofiche a contenuto finalistico; non conclusioni, ma deduzioni di premesse ipotetiche.

Generarono perciò oscurità, errori e deviazioni; pur tuttavia là, dove la genialità dell'intuizione soccorse alla deficienza della osservazione, dettero sprazzi di luce viva e feconda, a cui dobbiamo scoperte ed acquisti duraturi.

I progressi continui del metodo obbiettivo e sperimentale in tutte le scienze e nella scienza medica, hanno dato oggi altre infinite possibilità di perfezionamento. In grazia di esso, vi sono oggi, per il Patologo medico, le basi solide della Fisiologia, della Farmacologia, della Patologia generale, inclusa la Batteriologia, su cui poggiarsi per sempre più salire. I fenomeni della vita si sono illuminati vicendevolmente. Conosciamo leggi generali biologiche. Aspetti profondi e riposti della morfologia degli organi e della loro patogenia non ci sono più ignorati. Sappiamo, possiamo saggiare, talora anche attivare il solidarismo degli organi fra loro, in gran parte dovuto a scambio d'umori (ormoni ed altri principi), per la via del sangue.

Da tutte le discipline particolari ci è venuto un prezioso contributo di consigli, di correzioni, di equilibrazioni, che ci permettono una sempre più esatta spiegazione dei fenomeni vitali. Nella non più tanto oscura compagine vitale dell'uomo sano e dell'uomo malato, sappiamo non solo *vedere,* ma anche *guardare.*

Un primo felice frutto del positivismo fu quello che fece e insegnò a fare a noi tutti Guido Baccelli, quando assunse e dette alla scuola Romana l'indirizzo, ereditato direttamente dal Morgagni, che da Lui fu chiamato *Anatomismo Clinico.*

Per l'Anatomismo clinico, inteso come base del riconoscimento di alterazioni osservate in vita, come riferimento di sede e controllo di evoluzione di processo morboso, di deteremina-zione di disturbi funzionali, strettamente connessi con particolari localizzazioni anatomiche, si rinverdì l'indirizzo di quel *pensiero anatomico* in medicina, che non fu più sola osservazione, ma invito all'osservazione, che non fu sola interpetrazione, ma guida all'interpetrazione; lampada tenuta con ferma mano in alto a rischiarare l'oscuro intrico di speculazioni filosofiche, d'infeconde dottrine, di tradizioni storiche, che avevano fino allora avuto incontrastato dominio nel campo medico.

Non credo che occorra che io insista sui grandi vantaggi che derivarono alla Clinica e alle conoscenze mediche in genere, da questo indirizzo che, dalla genialità di Guido Baccelli, fu spinto a straordinarie altezze. Esso è degno di caratterizzare veramente un'epoca storica della nostra medicina, perchè al finalismo dottrinario dominante sostituì un determinismo che, per essere anatomico, cioè suscettibile di osservazione e di controllo, parve costituire una granitica giustificazione del giudizio clinico.

Ma oggi dobbiamo domandarci: questo indirizzo è *sempre* sufficiente e vitale per lo studio della medicina od è già sorpassato?

Se ci fermiamo un istante a considerare alcuni fatti elementari, oramai acquisiti alla nostra conoscenza, noi vediamo come il concetto d'individualità anatomica non è correlativo alla indivi-

dualità di funzione, e per ciò è da solo del tutto insufficiente. Basta tenér presente, a questo riguardo, l'importanza che gli umori, i liquidi dell'organismo, hanno assunto rispetto alle strutture dei singoli organi. Gli antichi intuirono quell'importanza nelle loro concezioni di medicina umorale, ma non avevano i conoscimenti chimico-fisiologici, necessari per tradurrè in fatti precisi il concetto vago di discrasia.

L'idea di unità fisiologiche, anatomicamente complesse, è oramai un postulato di base. La concezione attuale del neurone, che non ha unità di struttura e di sviluppo, ma possiede unità di funzione normale e patologica, ne è un esempio.

Il fisiologo studia i meccanismi regolatori della vita e constata quale distanza separi ed unisca insieme l'organo, considerato quale unità morfologica, dalla sua funzione. La Clinica, indagando la natura del processo morboso, non trova spesso nella lesione dell'organo la giustificazione della turbata funzione. Inoltre l'alterazione funzionale, che assume per la Clinica carattere di tipo morboso, è espressione del danno di organi ed apparati anatomicamente diversi e lontani. Ciò che l'anatomia dissocia e differenzia, la Clinica e la Fisio-patologia spesso associano, unificano, individualizzano.

Queste affermazioni sono oramai così limpide di verità che non hanno bisogno per Voi di documentazione.

Claudio Bernard ha detto: non esiste che una scienza in medicina e questa scienza è la Fisiologia, applicata allo stato di salute, come a quello di malattia.

Non è più l'organo leso che noi dobbiamo cercare di tener presente nello studio della Clinica, ma la vita dell'organismo malato nei suoi diversi aspetti. Al letto dell'infermo, quando abbiamo precisato una diagnosi di sede, non abbiamo fatto tutto; ciò che occorre al medico, per il trattamento e la prognosi, è la diagnosi della funzione lesa, il grado di sufficienza dell'organo o dell'apparato, la sua possibilità di resistenza all'azione della causa morbosa, le sue risorse od energie di riserva per la rigenerazione, in una parola *la sua capacità* funzionale. Quando il rene è malato non possiamo più contentarci della nozione del filtro ostruito. Il rene è bensì un filtro, ma è un filtro che *vive*, è una ghiandola che funziona. Esso elimina prodotti, che non esistono preformati nel sangue, come l'acido ippurico; esso sceglie, per sbarazzarne l'organismo, sia il cloruro di sodio che passa con l'acqua attraverso il glomerulo, sia l'urea che passa attraverso i tubuli contorti; esso si rifiuta di eliminare prodotti, come il zucchero normale del sangue, che per leggi naturali di osmosi parrebbe dovesse passare nelle urine. Come anche per la filtrazione dell'acqua non obbedisce alle leggi della osmosi, affermando la sua vitalità, la sua individualità fisiologica.

Così per il cuore noi non possiamo più abusare degli schemi meccanico-idraulici, secondo i quali esso è una pompa aspirante e premente, che regola la circolazione generale, mentre le arteriole contrattili regolano le circolazioni locali. L'immagine dell'ostacolo circolatorio, che fa aumentare la pressione a monte e diminuirla a valle, come d'un corso d'acqua in cui la sorgente non modifica affatto il suo gettito in conseguenza dell'ostacolo, non soddisfa più le nostre conoscenze. Il cuore, nell'apparato circolatorio vivente, riceve dal sistema nervoso l'avvertimento della presenza dell'ostacolo periferico e modifica, adatta la sua funzione (o meglio le sue funzioni, ossia l'eccitabilità, la contrattilità, la capacità di conduzione degli stimoli, il tono), alle necessità transitorie della circolazione, assicurando così l'equilibrio circolatorio, il grado normale della tensione arteriosa, a seconda dei bisogni dell'organismo.

La funzione oggi domina tutto: diagnosi, prognosi e terapia. La diagnosi non può essere più solamente anatomica, tende ad essere patogenetica. Anche la terapia è dominata rigorosamente dalla concezione fisiologica; la terapia patogenetica, l'unica razionale, come ad esempio quella specifica e quella opoterapica, è un provvedimento che mira alla riparazione della funzione e spesso, pur non potendo ricostituire l'integrità anatomica dell'organo, giova a riparare in esso al danno funzionale.

***

In quale posizione sta la Patologia in questo nuovo orientamento del pensiero medico-clinico? La concezione vitalistica della malattia, antico dogma della medicina classica, che i progressi dell'indagine sperimentale e dell'osservazione esatta hanno oggi modernizzato, riprende i suoi luminosi diritti.

La malattia non è l'organo leso, non è il terreno passivo su cui la causa morbigena attecchisce e sviluppa. La malattia è reazione, lotta dell'organismo contro la causa morbigena. La malattia è vita, complesso di funzioni, funzione modificata dall'azione dell'agente patogeno.

Malattia e sanità non sono antitesi, ma modalità ed aspetti diversi delle stesse funzioni dell'organismo. L'organismo vivente funziona secondo le stesse leggi, tanto nello stato normale che nello stato di malattia. Malattia e salute so-

no stati transitorii, di cui l'uno si rispecchia nell'altro, rischiarandosi vicendevolmente. Così la Clinica spesso ha portato sussidi preziosi alla Fisiologia; tanto che la Clinica, secondo l'incisiva definizione di Guido Baccelli, è stata detta il *primo gabinetto di Fisiologia umana sperimentale*.

Se vi è dunque opportunità di divisione didattica, vi è unità e solidarietà scientifica fra Fisiologia e Patologia. La Fisiologia è la scienza dell'uomo sano. La Patologia è la scienza dell'uomo malato. Più precisamente diremo che la Patologia è la *storia del funzionamento dell'organismo ammalato*.

Se la Patologia, adunque, vuol fare opera utile alla Clinica, deve fare larga parte alla funzione; bisogna saper fare lo studio della funzione al letto del malato. Bisogna, perciò, conoscere tale funzione allo stato normale e allo stato patologico.

L'orientazione fisiologica in Patologia allontana dal primo piano *l'organo*, definizione e caratteristica anatomica, e vi conduce *l'apparato*, definizione e caratteristica fisiologica.

Viviamo in un periodo di transizione e incontriamo grandi difficoltà a svincolarsi dalle classificazioni antiche, tuttora dominanti, imprigionate nelle basi anatomiche. Ancora noi studiamo, ad esempio, le malattie del cervello, del cervelletto, del midollo spinale, quando pur sappiamo che regioni nettamente midollari, come i cordoni laterali, non sono che parti dell'apparato motore, comprendente centri cerebrali e nervi periferici; che altre regioni midollari, come i cordoni posteriori, sono in collegamento d'identità funzionale con regioni cerebrali e cerebellari. Studiamo il sistema nervoso, in realtà, secondo una concezione fisiologica; ma di fatto entro schemi anatomici.

Così se vogliamo conoscere le funzioni del fegato, limitandoci all'organo anatomico, noi non riusciamo a farci un'idea esatta di esse, perchè il fegato non è l'organo esclusivo di alcuna di esse. Nel fegato infatti, come in altri organi, si trovano solamente delle parti di apparati distinti, che concorrono all'unità della funzione; unità e caratteristica funzionali che bisogna ricercare nell'apparato e non nell'organo, ma talora in più organi anatomicamente distinti ed estranei per le loro caratteristiche morfologiche. Come, d'altra parte, talora in un organo unico convergono solidalmente funzioni distinte: esempio il pancreas, connesso all'apparato digerente per la sua funzione esterna di secrezione; legato anche all'apparato di utilizzazione nutritiva degli idrocarbonati, per la sua funzione endocrina.

Pluralità di funzioni in un organo (ossia unità anatomica) e pluralità di organi per una funzione (cioè unità fisiologica), non sono fenomeni antitetici, ma identici. Noi oggi partiamo dal principio che è l'unità della funzione quella che fa l'unità dell'organo, anzi l'unità dell'apparato. Mentre l'antico organo resta l'unità anatomica, è l'apparato che fa l'unità fisiologica e pertanto anche l'unità patologica, o, il che è lo stesso, l'unità clinica.

***

Si può assumere questa concezione fisiologica come guida per lo studio della Patologia? Grandi funzioni e grandi apparati, allo stato normale e allo stato patologico, possono rientrare in un piano didattico armonico, con contorni abbastanza ben definiti. Ma sarebbe eccessivo se si dicesse che questo metodo fisiologico, o meglio fisio-patologico, può fin d'ora soddisfare ai bisogni didattici ed essere applicato sistematicamente allo studio di tutta la medicina.

L'insegnante *può* e *deve oggi* pensare fisiologicamente nello studio di una malattia. La sua orientazione mentale gli deve far vedere in ogni malattia la funzione lesa, svincolandolo, nella dimostrazione di questo assunto, dalle limitazioni formali della individualità anatomica, in cui si insedia il processo morboso. Ma, pur assurgendo a queste dimostrazioni sintetiche, che gli permettono di lumeggiare le leggi generali che regolano la vita dell'uomo allo stato di salute e allo stato di malattia, egli deve appressarsi allo studente, costringendo la materia del suo insegnamento entro schemi didattici, per necessità di graduale comprensione, limitati e definiti.

Così la Patologia speciale è costretta ad apprendere allo studente la conoscenza dei *tipi morbosi*.

Il tipo morboso è necessariamente uno schema provvisorio. La Clinica non ha per oggetto lo studio dei tipi. L'oggetto vero della Clinica è lo studio dell'ectipo; in quanto che ogni quadro clinico è una individualità, cioè è un ectipo. Ma la Patologia non può essere insegnata attraverso gli ectipi.

Se noi vogliamo inspirarci ad una concezione fisiologica, possiamo definire il tipo morboso come la reazione abituale alla causa morbosa dell'apparato funzionalmente leso. È questa abitudinaria reattività e questa obbligata reazione del tale apparato ad una ben definita causa morbosa, quella che costituisce il *tipo*. In realtà, entro questa concezione e questa definizione, possono rientrare quadri sintomatologici e individualità cliniche. Concepiti funzionalmente, a noi pare

che essi s'ingrandiscano, e pur ingrandendosi, si precisino, perchè si completano.

* * *

A questo moderno orientamento del pensiero in Patologia, a noi pare che si adattino bene anche il *metodo e la tecnica* classici dell'insegnamento patologico.

Se il *metodo* è la guida interpretativa dei fenomeni morbosi del tipo che si studia, esso comprenderà, per una successione logica del pensiero: l'etiologia, l'anatomia patologica, la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi, la terapia.

In fondo, la realtà si atteggia pressochè abitualmente nel modo seguente, secondo le convenzioni schematiche della divisione del lavoro scientifico e didattico in medicina. La causa morbigena (campo di studio della *etiologia*), agendo sull'organismo, produce un'alterazione di uno o più visceri (soggetto di esame per l'*anatomia patologica*), la quale alterazione perturbando alcune importanti funzioni dell'organo o dell'apparato, di cui esso organo fa parte (*patogenesi*) dà luogo ad alcuni speciali e caratteristici atteggiamenti funzionali e dell'organo leso e di organi o di apparati che non sono sedi dirette del processo morboso (*sintomatologia*), dello studio dei quali noi abitualmente riconosciamo la causa e la natura del processo che investì l'individuo (*diagnosi*) e possiamo attuare i mezzi per ricondurre la turbata funzione alla norma, sia distruggendo la causa morbosa, sia rinforzando le difese naturali dell'organismo contro di essa (*terapia*). Questo per ciò che riguarda il metodo didattico, il quale come abbiamo visto, pur inspirandosi alla concezione fisiologica della malattia, è suscettibile di una schematizzazione logica, utilissima al discente che muove i primi passi in questo difficile campo.

Quanto alla *tecnica*, essa può essere definita, secondo noi, come l'applicazione del metodo. Essa studia ed insegna il modo materiale di esercitare l'indagine per il rilievo dei fatti clinici. In una parola essa è la scienza dei segni, delle apparenze, macroscopiche e microscopiche, esterne ed interne della malattia: essa parte dal malato, passa per il laboratorio e al malato ritorna, armata di una esperienza feconda e benefica. È la Semeiotica, nel senso più completo della sua espressione, delle sue tendenze, delle sue estreme complessità: chiave senza il possesso della quale non si aprono porte nel maraviglioso mondo della Clinica.

* * *

Dalla necessità di seguire un metodo ed una tecnica scaturisce l'altra che l'insegnamento della Patologia speciale medica, debba essere, come lo è per definizione regolamentare, dimostrativo.

La dimostrazione in una branca d'insegnamento è lo sforzo di documentazione obbiettiva, che l'insegnante deve compiere assiduamente, per fissare le nozioni dottrinali e la loro sistematizzazione nella mente di chi deve apprendere.

Oramai, non è più possibile insegnare la Patologia senza la presentazione del malato, come si faceva una volta, svolgendo quadri teorici, destinati ad ingombrare la mente degli studenti. Il malato è il primo documento patologico che lo studente deve imparare a conoscere. Esso realizza il tipo morboso, lo illustra nelle sue varietà, lo fa vivere.

L'insegnante deve partire da esso per risalire alla dimostrazione della causa morbosa, che produsse la malattia. Di questa causa deve inoltre dare una documentazione, sempre quando sia possibile, completa: per esempio nel caso di una causa batterica è necessario realizzare la conoscenza del germe, del suo ambiente di cultura, della sua biologia, della sua epidemiologia.

Seguendo questo indirizzo la base anatomica del processo morboso, determinata da qualunque causa, può essere documentata dalla visione macroscopica e microscopica della lesione, insediata nell'organo stesso; così come gli aspetti funzionali, con cui la malattia si palesa, saranno rilevati con i mezzi più elementari d'indagine clinica e, quando è necessario, con i mezzi più completi della tecnica semeiologica, della radiologia, della chimica, della microscopia clinica, della sierologia, ecc., ecc.

Da molteplici rami di applicazione tecnica la dimostrazione deve convergere a dare allo studente l'immagine più completa ed esatta del tipo morboso ed a deviarlo dal facile cammino dell'empirismo clinico, facendone un uomo di scienza, oltre che un pratico.

Se la Patologia attinge, dunque, dal laboratorio e dalla Semeiotica i mezzi tecnici per la sua illustrazione, lo fa essenzialmente per rendere più saldo, più armonico, più completo l'edificio dottrinale della medicina. Questo è, a nostro parere, il cómpito preciso della Patologia. In questa limitazione sta la ragione della sua individualità, che obbedisce non solo ad esigenze didattiche, ma altresì a necessità scientifiche. Collaborare con altre discipline, come la Fisiologia, la Patologia generale, la Clinica, essa *può* e *deve*, per necessità di alimento, che da quelle riceve ed a quelle dà, con perpetua incessante vicenda vitale.

Ma separarsi da esse, anche è suo dovere; perchè nella differenziazione e nella limitazione sta l'essenza precipua della sua individualità e il

senso del pieno sviluppo della sua capacità di collaborazione, che essa apporta al perfezionamento della medicina.

La consapevolezza che ho di questi limiti e di questa capacità di collaborazione della Patologia medica, sarà misurata non tanto sulle mie modeste energie, quanto sul vostro entusiasmo e sulla vostra freschezza e curiosità d'indagine, o giovani egregi.

Fra le mie aspirazioni e il vostro desiderio di apprendere è già stabilita una reciprocità di sentimenti e di doni spirituali, che illuminerà vicendevolmente la comune fatica.

Se parrà che io vi guidi per mano attraverso la messe feconda delle conoscenze mediche, in realtà sono io che sarò condotto dal vostro zelo verso la verità, che ha luce uguale per tutti.

In quest'arduo cammino sento, o giovani cari, che i miei fermi propositi e le mie più vive aspirazioni saranno grandemente facilitati dalla vostra benevola attesa.

ANALISI E COMMENTI.

Le sensazioni dolorose nelle affezioni degli organi interni.

James Mackenzie ha recentemente pubblicato un volume, *The Future of Medicine*, nel quale riassume tutta la sua opera scientifica. La genialità del grande clinico inglese è nota sopratutto per i suoi lavori sul cuore, ma anche in altri campi della medicina egli ha lasciato traccie indelebili. L'interpretazione dei fenomeni sensitivi sulle affezioni degli organi interni è vanto della scuola medica inglese: Mackenzie vi ha apportato fra i più notevoli e significanti contributi. Nel volume ora pubblicato, mirabile per semplicità di forma e profondità di contenuto, un intero capitolo è dedicato a questo importante argomento, la cui conoscenza non è molto diffusa.

Le sensazioni dolorose che accompagnano, e sono di frequente la prima spia delle malattie degli organi interni, non sono sempre apprezzate convenientemente. Mackenzie iniziando la sua carriera di clinico notò negli esami che si fanno al riguardo una deficienza di precisione che vizia o devia la giusta interpretazione del fenomeno. Se la pressione sull'epigastrio o sull'ipocondrio di un individuo manifestatamente per altri segni malato di stomaco o rispettivamente di fegato, provoca dolore, si afferma generalmente che lo stomaco o il fegato sono dolenti. Alla stessa conclusione si giunge per lo più se il dolore è spontaneo. Molti fatti dimostrano che tali conclusioni sono inesatte quanto affrettate.

D'altra parte quando si esaminano questi pazienti si trova spesso che il dolore si inizia in un punto, e da questo si irradia in parti più o meno lontane. Questa irradiazione, questo spostamento del dolore dà ragione del fatto che al sintomo dolore, ritenendolo vago ed incerto, non si dà tutto quel valore che esso merita.

Ross nel 1888 pubblicò il primo lavoro sui dolori riferiti dando la prima traccia per la chiara percezione di questi fenomeni. Ross descrisse due specie di dolori viscerali, uno veramente localizzato nell'organo malato, l'altro riferito alla superficie del corpo e dipendente dalla eccitazione del sistema nervoso centrale. Chiamò « splancnico » il primo dolore, « somatico » il secondo. Prendendo ad esempio l'ulcera gastrica il dolore splancnico sarebbe quello sentito all'epigastrio, dolore somatico quello riferito al dorso.

Questa interpretazione non sembra giusta a Mackenzie. Se il dolore è sentito a distanza dell'organo malato si tratta di un dolore riferito o somatico e fin qui l'opinione di Ross appare ragionevole. Ma se il dolore è localizzato nelle vicinanze dell'organo leso, non si può senz'altro inferire che la sensazione dolorosa ha sede nell'organo stesso. Ross sostenne la sua opinione basandosi sul caso di un'ulcera gastrica, nel quale l'area dolente all'epigastrio era così netta e tanto piccola che egli si sentiva sicuro che perforando questo punto con un ago si sarebbe raggiunto senz'altro l'ulcera. Ma Mackenzie osservò: se il paziente fa un profondo respiro lo stomaco e con esso l'ulcera si spostano, e quindi, se fosse stata giusta la veduta di Ross, si sarebbe dovuto spostare anche il punto dolente. Alla prova dei fatti però la localizzazione del dolore rimase immutata.

Le affermazioni quindi, pur troppo comuni, di « cistifellea dolente » di « appendice dolente » di « milza dolente » non sono proprie.

Mackenzie si indusse a ritenere senz'altro che anche il dolore splancnico di Ross fosse un dolore riferito in seguito alla seguente osservazione. Egli aveva notato che un paziente sofferente di coliche epatiche teneva costantemente il braccio destro allontonato dal tronco. Richiestagli la ragione di questa attitudine il malato spiegò che la pelle del lato destro del tronco era così dolente da non poter tollerare neppure il contatto degli abiti All'esame si trovò infatti una larga zona di iperestesia alla regione dell'ipocondrio destro.

Dopo di che, continuando l'esame sistematico di numerosi altri sofferenti di varie affezioni degli organi interni, Mackenzie trovò molto spesso che il dolore coincide con un'area di iperalgesia

cutanea e che l'esacerbamento del dolore alla pressione sull'organo malato è determinato dalla stimolazione della cute ipersensibile.

Queste zone di iperestesia cutanea hanno una localizzazione costante in rapporto alla sede della lesione viscerale. Così che quest'ultima si può determinare in base all'accertamento dell'area di pelle iperestesica. Così nell'ulcera gastrica se il dolore è localizzato nella parte alta dell'epigastrio vuol dire che la lesione trovasi in prossimità del cardias, se è invece localizzato nella parte bassa dell'epigastrio la lesione trovasi in prossimità del duodeno.

La localizzazione delle lesioni dell'intestino in rapporto alle zone cutanee dolenti si è potuta stabilire esaminando individui affetti da occlusione intestinale. In questi casi i movimenti peristaltici che producono il dolore non vanno oltre il punto occluso, così che si possono esattamente localizzare il punto nel quale si inizia il dolore e le parti nel quale si irradia. Analogamente in un caso di diarrea Mackenzie notò che il dolore partiva dalla regione epigastrica e discendeva lungo la linea mediana fina al pube. Quando la sensazione dolorosa raggiungeva questo punto il bisogno di defecare diveniva urgente e con la evacuazione il dolore scompariva.

Con la osservazione accurata di molti casi analoghi si è potuto stabilire che il dolore localizzato tra l'appendice ensiforme ed il punto medio della linea sterno-ombelicale indica una lesione dell'esofago e del cardias, tra quest'ultimo punto e l'ombelico una lesione dello stomaco o del duodeno, tra l'ombelico ed il punto medio della linea ombelico-pubica una lesione del tenue, tra quest'ultimo punto ed il pube una lesione del grosso intestino.

La localizzazione esatta del punto nel quale il dolore si inizia e delle parti alle quali si diffonde è agevolata quando coesiste una dolenzia dei tessuti (cute e muscoli) della parete addominale. Questa iperalgesia può essere di due specie. C'è una iperalgesia superficiale cutanea rilevabile col toccamento leggero di una testa di spillo, ed una profonda che si può rilevare solo stringendo una porzione di cute tra pollice ed indice. La prima è spesso assente, ma quando è presente è sempre accompagnata dalla iperalgesia profonda che in genere ha sempre una estensione superiore a quella superficiale.

Oltre a ciò può aversi anche iperalgesia dei tessuti più profondi, ed in ispecie dei muscoli, la quale si manifesta per lo più con un certo grado di contrazione tonica dei muscoli stessi. La constatazione di questa iperalgesia ed ipertonicità muscolare non è sempre facile. Spesso non viene apprezzata o è scambiata con un tumore della cavità addominale. Ciò è dovuto al fatto che i muscoli della parete addominale offrono una reazione peculiare agli stimoli viscerali, nel senso che spesso non si contrae tutto il muscolo, ma solo limitate porzioni di esso; si tratta di fasci di fibre che diventano tesi e duri in modo da rassomigliare ad un tumore.

Adunque in conseguenza di un'affezione viscerale si hanno due riflessi ben distinti: il riflesso viscero-sensoriale ed il riflesso viscero-motore. E poichè il primo si manifesta con la iperalgesia ed il dolore, ed il secondo con la contrazione muscolare, è evidente che gli stimoli partenti da un organo passano attraverso i centri sensitivi e motori del midollo spinale.

Le correlazioni tra questi due riflessi e le condizioni organiche che li provocano non sono ben chiare. I varî tessuti della parete esterna del corpo reagiscono in modo diverso agli stimoli sensitivi, ed è ben noto che la pelle ha una sensibilità minore dei muscoli. Il tessuto connettivo sottoperitoneale ha ancora una certa sensibilità, ma gli stimoli ordinari applicati alla superficie viscerale delle sierose (peritoneo, pleura, meningi) non dànno alcuna risposta. Lo stesso accade per tutti gli organi interni, intestino, reni, fegato, pulmoni, cuore, ecc. In genere appaiono insensibili quegli organi che non sono innervati da fibre midollari. È lecito dunque indurre che il dolore localizzato ad un viscere non è dovuto ad eccitazione di fibre sensitive, ma ad impulsi trasmessi al sistema nervoso centrale. Questi stimoli raggiungendo svariati centri midollari dànno reazioni qualitativamente proprie ai centri stessi, così la eccitazione di un centro secretorio determinerà modificazioni di secrezione, la eccitazione di un centro motore determinerà contrazioni muscolari, la eccitazione di un centro sensitivo darà dolore ed iperalgesia.

Dal punto di vista clinico sarebbe oltremodo interessante potere determinare la natura degli stimoli che provocano questi segni. La sede del dolore dà indicazioni circa l'organo malato, ma non dà nessun indizio sulla natura del processo morboso, ossia se si tratti di un'infiammazione, di una suppurazione, di un neoplasma, oppure di semplici disturbi funzionali. Le ricerche al riguardo offrono molte difficoltà e Mackenzie è riuscito solo a stabilire la causa di certi dolori provocata dalla contrazione dei muscoli non striati facendo osservazioni sulle contrazioni intestinali ed uterine, sulle coliche epatiche e renali, sui dolori cardiaci.

È ben noto che le contrazioni uterine durante il parto sono accompagnate da violenti dolori al dorso e nella parte superiore del sacro. Questi dolori sono generalmente attribuiti alla pressio-

ne della testa del feto sul collo uterino, ma è pure certo che essi persistono anche dopo il parto. Analogamente il dolore è sentito nello stesso punto all'addome, tanto se l'utero è pieno, quanto se esso è già svuotato. Raramente il dolore si diffonde in grado violento alle coscie. Queste sensazioni sono analoghe a quelle che si hanno nella diarrea, nella occlusione intestinale, nelle coliche epatiche e renali e ne differiscono solo per la sede, per la radiazione, per i fenomeni che l'accompagnano. Tali dolori hanno alcun che di caratteristico che si può senz'altro riconoscerli ed attribuirli ad organi muscolari cavi, e sono prodotti dalle contrazioni delle fibre liscie. Nella stessa ulcera gastrica è più che probabile che il dolore è determinato dalla contrazione di limitate porzioni della parete muscolare dello stomaco, sopra tutto perchè esso si manifesta o si esacerba ordinariamente in certi stadii della digestione quando i movimenti peristaltici normalmente si intensificano.

Tale interpretazione della produzione del dolore, che sarebbe dovuta allo stimolo provocato dalla contrazione dei muscoli non striati, spinge ad indagare le cause determinanti del dolore nelle malattie del cuore. La costituzione del muscolo cardiaco è tale da rendere impossibile il determinarsi di un fenomeno analogo a quello che costituisce la contrazione peristaltica degli altri organi muscolari cavi, così che è da escludersi che il dolore cardiaco possa avere cause analoghe a quelle che producono le coliche di detti organi. L'analogia può sussistere solo in quanto si voglia ammettere una somma di stimoli, e che cioè in un muscolo cardiaco esaurito una serie di battiti produca uno stimolo uguale a quello che produce una forte contrazione peristaltica in altri visceri cavi.

Le ricerche del Mackenzie sui riflessi viscero-sensoriali o viscero-motori hanno già di per sè stesse un notevole interesse scientifico ed un gran valore clinico, ma dimostrano ancora la necessità di nuovi studi su un argomento la cui importanza non era stata convenientemente sentita.

E questi sono studi che richiedono la cooperazione del fisiologo, del medico e del chirurgo.

G. DRAGOTTI

Il fascicolo 1 (1° gennaio 1920) della nostra SEZIONE MEDICA che trovasi in corso di stampa e che sarà spedito fra pochi giorni agli associati, contiene:

Augusto Murri: *Dei medici futuri;*

Tommaso Pontano: *Sulla riproduzione dei macrogameti di plasmodium vivax nel circolo sanguigno* (con una tavola litografica).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Avvelenamento mediante semi di ricino

per il dott. M. GIOSEFFI (Istria).

Nei paesi che non sono produttori di olio di ricino l'avvelenamento mediante semi di ricino (*Semina Catapritjae minoris*) costituisce un avvenimento eccezionale. Per quanto abbia cercato nella letteratura degli ultimi anni a me accessibile non mi fu dato di trovarvi che una recensione nel n. 19 della *Riforma Medica* del 1919. Baudrimont (*Journal de Medec. de Bordeaux*, 25 marzo 1919) riferisce di due coniugi che desiderando purgarsi presero lui 24, lei 12 semi di ricino, di cui si erano fatti una ricca provvista presso un erbaiolo. Un'ora dopo entrambi erano presi da dolori e vomito violenti seguiti di lì a poco da profusa diarrea. Vomito e e diarrea si protrassero per circa 36 ore riducendo in stato di profondo abbattimento il marito e quasi in fin di vita la moglie.

Nell'Istria alcuni casi di avvelenamento, dei quali due seguiti da esito letale, si sono verificati molti anni or sono in alcuni allievi di una scuola primaria, i quali avevano ingerito i semi tolti freschi dalla pianta. Da questa stessa regione, dove il fruttice è spesso coltivato come pianta ornamentale, provengono i due casi seguenti:

Due gemelli di 10 anni, i fratelli R. Alberto e Rodolfo, giuocavano con dei semi di ricino asciutti conservati dall'autunno. A quei bambini, che non conoscevano le proprietà venefiche dei semi, venne l'idea di abbrustolirli su di un mattone caldo per poi mangiarli. Di questi chicchi così abbrustoliti e sgusciati un bambino ne prese otto, l'altro, più gracile, nove pezzi la mattina a digiuno. Due ore dopo l'ingestione ambedue ammalarono con tremori alle mani, bruciore alle fauci; poco dopo avvertirono un gusto sgradevole ed amaro in bocca: comparvero dolori laceranti, intensi, a tipo di colica, localizzati attorno la regione ombellicale; subentrarono il vomito, dapprima muccoso, poi biliare, ogni 5-10', e scariche diarroiche muccose, qua e là striate di sangue, ogni 10-15'; vi si associarono infine cefalea e vertigini.

Dodici ore dopo l'avvelenamentò: accentuato pallore della cute e delle mucose visibili, gli occhi fortemente infossati, alonati, naso pallido, cianotico affilato, le estremità coperte di sudore freddo, voce fortemente velata, quasi afona, polso piccolo, frequente, superficiale.

Dopo praticate delle irrigazioni intestinali e delle iniezioni di caffeina le condizioni generali migliorarono lentamente; al 3°-4° giorno cessarono il vomito e la diarrea ed i bambini entrarono nella convalescenza, che, a causa della debolezza e della spossatezza residuale, si protrasse per oltre una settimana. In nessuno dei due fratellini si ebbero segni di alterate funzioni del fegato e dei reni. Resta incerto se la febbre com-

parsa in 3ª e 4ª giornata nel fratello più debole e più gracile era da attribuirsi all'avvelenamento con la ricina, oppure se la causa ne era da ricercarsi in una recidiva malarica provocata, attivata dall'avvelenamento, poichè nel di lui sangue periferico si riscontrarono delle semilune. Del resto il reperto ematoscopico non aveva rivelato delle speciali alterazioni. Solo incidentalmente sia detto che quei bambini abitavano una casa malarica, dove la madre ed una sorella maggiore avevano sofferto nel 1916 e nel 1917 di una grave estivo-autunnale.

Il soccorso medico era stato chiesto tardivamente, 10 ore dopo i primi sintomi dell'avvelenamento, poichè i famigliari ignoravano le conseguenze che l'ingestione dei semi produce e non lo avrebbero neppur chiesto, se non vi fosse stato un milite a richiamar la loro attenzione sulla pericolosità dei semi di ricino. Gli effetti dei semi di ricino erano ben noti ai soldati della fronte, dove sapevano prodursi con l'ingestione dei semi delle lesioni enteriche che facevano sospettare un processo infettivo, come anche sapevano prodursi artificialmente una congiuntivite granulosa simile al tracoma soffregando della sostanza del seme nel sacco congiuntivale.

Secondo Taylor 20 semi di ricino basterebbero a produrre la morte; l'ingestione di pochi semi sarebbe però già sufficiente a mettere in pericolo la vita di un uomo adulto. I nostri bambini avevano ingerito 8, rispettivamente 9 chicchi, circa 4,5 grammi di sostanza di seme di ricino.

Quando si valuti il contenuto di ricina nei semi al 3 %, i nostri bambini avrebbero ingerito circa 0,12 grammi di ricina, quindi una dose circa quattro volte maggiore di quella (0,05), da Stillmark fissata come dose letale (Jeksch, *Vergiftungen*, in *Nothnagels Handbuch*, vol. I e Hager, *Handbuch der pharm. Praxis*, Berlino).

Non ostante l'ingestione di una dose così rilevante della fitoalbuminosa tossica, avemmo nei nostri casi un decorso favorevole. A spiegare questo fatto non sperato noi potremo invocare non tanto la relativa immunità, quanto la circostanza che i semi erano *asciutti*, anzi erano stati prima dell'ingestione addirittura *abbrustoliti*. Noi sappiamo che quando una soluzione di ricina viene riscaldata, il veleno è rapidamente distrutto; è noto ancora che un metodo per rendere innocui i resti residuati dalla produzione dell'olio di ricino, i così detti panelli di ricino, consiste nella loro ebollizione.

La profilassi di questi avvelenamenti accidentali non potrà consistere se non che nella istruzione dei bambini sulle conseguenze deleterie e letali dell'uso dei semi di ricino, particolarmente attraverso la scuola, in special modo quella primaria, nonchè nella proibizione della coltivazione di questo fruttice come pianta ornamentale.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Nozioni pratiche sui sudori nei tubercolotici.

(CH. SABOURIN. *Journ. des praticiens*, 25 ottobre 1919).

I sudori dei tisici hanno sempre richiamato l'attenzione del malato, della famiglia, del medico. La loro frequenza e l'importanza clinica sono assai diminuite da quando si fanno dormire i tisici con la finestra aperta e si espongono all'aria libera durante tutta la giornata. Ad ogni modo però, questa manifestazione morbosa è sempre piena d'interesse per i singoli casi.

I sudori possono essere locali o generali. Ai primi si dava in passato grande importanza, perchè si consideravano come un segno precoce ed anche premonitorio di tisi. Sotto tale punto di vista, questo fenomeno ha perduto l'antico significato per il fatto che possediamo altri mezzi più sensibili per una diagnosi precoce. Ha tuttavia notevole significato il sudore locale delle mani, quando si trova associato all'acrocianosi a forma di guanto ed all'eritrodermia generalizzata: tali fenomeni stanno a caratterizzare tutta una categoria di tubercolotici, gli angioneurotici.

I sudori generali sono totali o parziali, nel senso che sono maggiormente profusi o comunque più accentuati in qualche parte determinata, quali la testa, il collo, le coscie, ecc.

* * *

I sudori dei tisici si verificano allo stato di veglia o durante il sonno. I primi sono passeggieri e si notano di conseguenza di un qualsiasi sforzo, come accesso di tosse, la fatica di un piccolo pasto, di un'emozione. La loro genesi è da attribuirsi ad una predisposizione individuale; bisogna però anche tener conto dello squilibrio neuro-circolatorio che ingrandisce a dismisura i fenomeni della tubercolosi.

Talora i sudori sono provocati dai medicamenti detti antifebbrili, che, a forti dosi, abbattono la febbre, ma possono provocare una traspirazione assai incomoda e talora anche un collasso mortale.

In mancanza dell'azione di tali medicamenti, è raro che una crisi sudorale di una certa importanza accompagni la caduta vespertina della temperatura. Invece, in molti tisici cavitarî, l'accesso di febbre anormale, che si inizia al mattino con forte brivido, dà luogo a traspirazione più o meno notevole quando s'abbassa la temperatura. Questo tipo di accesso febbrile, anzichè al ba-

cillo di Koch è da attribuirsi a microbi banali, delle caverne: una piccola dose di criogenina, data subito all'inizio del brivido, tronca sovente l'accesso senza alcun disturbo, nè crisi sudorale.

***

I sudori notturni si osservano di solito durante il sonno e sono alla dipendenza di parecchie cause, quali la quantità di coperte del letto, la temperatura della stanza, la qualità del pasto, e specialmente la quantità di bevande. Siccome però si osserva che il tubercolotico, quando è fuori dal letto non suda affatto o solo pochissimo, è da ritenersi che ciò avvenga per le buone condizioni d'aereazione in cui si trova; il sudore quindi si avrebbe solo allorchè tali condizioni non sono favorevoli.

I sudori notturni possono essere *precoci* (verso le 2) o tardivi (dopo le 3, le 4): i primi sono da considerarsi come anormali e sono specialmente prodotti o influenzati dal pasto della sera, dalle bevande, dalla digestione.

I sudori tardivi sono invece peculiari alla tubercolosi: essi durrano fino al risveglio al mattino ed appaiono legati al ciclo nictemerale del tisico, quasi che risultassero dal rilasciamento totale dell'apparato vaso-motore.

Quando detto rilasciamento è moderato, passeggiero, la traspirazione notturna non si produce od è ridotta ad un semplice umidore se il malato è poco coperto, e dorme a finestre aperte.

Quando invece il rilasciamento vasomotore è tenace, totale realmente vaso-paralitico, la terapia più razionale è impotente ed il tisico, non appena s'addormenta, s'inonda di sudore. Questa specie di collasso vasomotore del sonno non comporta sempre una prognosi fatale; e talvolta, anche dopo gli accessi di traspirazione colliquativa, si possono avere lunghi intervalli di benessere. Esso poi non è nemmeno legato all'altezza della temperatura e quindi alla caduta della curva febbrile, ma piuttosto alla qualità dell'accesso, al suo valore tossinico.

Meritano l'attenzione altresì i *sudori mestruali*. Molte — ragazze o donne — hanno, anche senza accenno alcuno di tubercolosi, traspirazioni più o meno abbondanti e variamente localizzate in occasione delle mestruazioni.

Nelle tubercolotiche, queste ipercrinie si esagerano ed in alcune si osservano vere crisi mestruali con febbre e stato congestizio dei polmoni e con crisi sudorali di tale intensità da non lasciare alcun dubbio sulla natura vicariante, in rapporto con un flusso uterino deficiente.

***

Dal punto di vista terapeutico, è soprattutto l'igiene del tisico, che va curata; regolare il pasto della sera, limitare le bevande, tenere lo ammalato in ambiente non troppo caldo, a finestre aperte, con poche coperte, fargli fare lozioni e frizioni.

Il più delle volte con tali regole, i sudori cessano in 12-24 ore. In altri casi invece i sudori sono ribelli. Si tenterà allora con i medicamenti incominciando con l'agarico bianco, la belladonna o l'atropina. Questi medicamenti però hanno più che altro azione psichica, che dura pochi giorni, senza parlare poi degli inconvenienti e dei pericoli a cui espone l'atropina.

Meglio vale ricorrere invece ai tonici generali dei nervi, e del circolo; come per es., le iniezioni di stricnina sotto forma di arseniato, a cui si possono aggiungere pozioni con tintura di china, di cola, di cannella, di noce vomica, con sciroppo di corteccia d'arancio amaro. Anche l'oppio, sotto forma di estratto tebaico può essere assai utile.

Per quanto riguarda il trattamento del sintoma stesso, il tisico che suda (a meno che si tratti di sudori colliquativi che minacciano di raffreddarlo gravemente) non va cambiato di biancheria, ciò che non impedisce di asciugarne con una pezzuola bene secca le regioni più bagnate.

Nella traspirazione, il lasciare che il sudore si asciughi da sè costituisce un atto di difesa della pelle ed è bene non sopprimerlo, lasciando così l'occasione di stimolare gli atti di vitalità.

A. FILIPPINI.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Sterilizzazione artificiale della donna nelle malattie del cuore e dei reni.

(G. WINTER. *Med. Klinik.* Anno XV, n. 34).

Malattie di cuore. Possono esser causa di morte durante la gravidanza, il parto ed il puerperio. La mortalità vien calcolata del 2-3% nei vizî compensati, dal 2 % negli scompensati. Quale base per la sterilizzazione servono le indicazioni dell'aborto artificiale:

a) scompensi gravi in vizî valvolari o affezioni muscolari, quando possono mettere in pericolo di vita;

b) scompensi leggeri con stasi quando non si lasciano influenzare dalla digitale;

c) endocarditi acute o croniche insorte durante la gravidanza;

d) complicazioni che danno un'influenza sfavorevole al decorso dell'affezione cardiaca non

appena subentra uno scompenso (nefrite cronica). Secondo Aschoff e Tawara i reperti anatomici che si trovano talvolta nel muscolo ipertrofico (cicatrici e degenerazione grassa delle fibre) non possono spiegare menomamente l'insufficienza cardiaca, anzi essa va considerata come la causa di queste alterazioni. Krehl pensa ad agenti morbosi ignoti, forse di natura chimica. Si tratterebbe dunque d'uno stato d'infiacchimento del cuore su base nervosa, non d'un processo anatomico irreparabile. Questi fatti spiegherebbero perchè i gravi disturbi della gravidanza migliorano in maniera sorprendente dopo il parto e perchè le varie gravidanze possono decorrere in modo tanto differente.

Si rinunzierà dunque alla sterilizzazione in tutti i vizi valvolari compensati, anche nelle stenosi mitraliche.

La sterilizzazione è da consigliarsi:

1° In stenosi mitraliche già scompensate durante la gravidanza o il parto, per la loro prognosi pessima.

2° In tutti gli altri vizi cardiaci, i quali abbiano avuto nel decorso d'una gravidanza o d'un parto precedente, disturbi di scompenso talmente gravi, da involvere pericolo di vita; *a*) se questi disturbi non dipendessero da circostanze sfavorevoli fortuite; *b*) se non era stata possibile una cura ricostituente del cuore nel periodo dopo la gravidanza; *c*) se in un'ulteriore gravidanza non si possono assicurare al cuore il debito riposo e le debite precauzioni; *d*) se per grande fertilità le gravidanze si susseguono ininterrotte.

3° In tutti quei casi, in cui alterazioni extra cardiali aumentano di molto il lavoro del cuore (cifoscoliosi, nefriti croniche, affezioni polmonari croniche). Processi acuti extra cardiali, ad esempio pielite e malattie infettive, non implicano danno per gravidanze susseguenti.

4° Nelle affezioni muscolari del cuore in forma pura o complicata con vizi valvolari, trattandosi qui di cicatrici, sostituzione di tessuto muscolare con connettivo, atrofie, degenerazioni ed altri processi su base anatomica, i quali tutti diminuiscono progressivamente la forza del cuore.

In questi casi la mortalità ascende al 65 %.

Nei primi quattro mesi la sterilizzazione va fatta coll'estirpazione vaginale dell'utero. Più tardi ci si limita al sondamento, ricorrendo alla sterilizzazione tubaria o coi raggi Röntgen quando il cuore si è ricompensato.

Nefriti.

Nelle nefriti l'indicazione alla sterilizzazione viene data dal nesso causale del morbo colla gravidanza, da un eventuale pericolo di vita e dalla possibilità di completa guarigione dopo la fine della gravidanza. Non entra in discussione la sterilizzazione nelle nefropatie (tossicosi della gravidanza) e nella nefrite acuta. Questa guarisce per lo più ancora durante la gravidanza. Pielite, pielonefrite e nefrolitiasi implicano soltanto di rado un pericolo serio; sono inoltre accessibili a terapia medica e chirurgica.

Nefrite cronica, sia in forma di glomerulo-nefrite che di rene grinzo genuino, costituisce spesso una complicazione collegata a pericolo di vita.

Ci si limita all'aborto in casi di nefrite senza complicazioni coi soli sintomi di albuminuria ed edemi, tenendo conto del fatto che questi sintomi non peggiorano sempre durante la gravidanza, che, se peggiorati, ritornano allo stato di prima dopo l'aborto e che possono non comparire in ulteriori gravidanze. Molto seria è la prognosi nelle nefriti croniche con complicazioni. Di queste è la più grave l'uremia. Nemmeno un pronto aborto riesce a salvare di solito le ammalate. Seria è pure la complicazione da parte del cuore, sia vizio valvolare che il cosiddetto cuore renale. In caso di scompenso si procede immediatamente alla sterilizzazione.

Mentre la retinite albuminurica normalmente è di prognosi pessima, essa può migliorare ed anche guarire quando, insorta durante la gravidanza, questa viene interrotta o condotta a termine. Può anche non ricomparire in ulteriori gravidanze. Si intraprenderà dunque l'immediato aborto per evitare un progredire dell'affezione oculare, facendo la sterilizzazione soltanto quando i disturbi tarderanno a scomparire. Dell'*ablatio retinae* non si può tener conto quale indicazione, perchè è un fattore del tutto imprevedibile ed incalcolabile.

L'opinione meno conservativa di molti autori viene giustificata in questi casi dal fatto che solo il 23 % delle gravidanze ha esito con un bambino maturo e vivo.

R. PRESBIL.

RADIOLOGIA.

L'indagine radiologica degli atteggiamenti camptocormici.

Camptocormie il Souques chiamò quelle infermità per le quali i malati presentano un atteggiamento speciale, col dorso più o meno incurvato e le anche più o meno flesse. Babinski e Froment le chiamarono *piegature vertebrali*, altri *attitudini vertebrali antalgiche, cifosi traumatiche, spondiliti*, ecc.

L'aspetto incurvato di tali malati è caratteristico e le modificazioni morfologiche determinate dal loro atteggiamento non differiscono da quelle che possono notarsi durante la flessione fisiologica del tronco in ugual grado nell'uomo nor-

male: a differenza di questo però il camptocormico, pel bisogno di guardare innanzi, stende la testa, la nuca diviene corta e la prominente si nasconde. A fattori traumatici, reumatici, o al *surménage,* viene attribuita la lesione.

Sulla patogenesi della malattia gli autori non sono d'accordo: da molti è ascritta ad un disturbo essenzialmente nervoso, da altri ad una base organica.

Coleschi basandosi su numerose personali osservazioni distingue (*La Radiologia Medica,* nunn. 9-10, 1919) i camptocormici dal punto di vista radiologico in due grandi categorie:

1° quelli che non presentano alcuna lesione organica dimostrabile ai raggi;

2° quelli con lesioni o anomalie vertebrali sospette di esser causa dell'atteggiamento viziato.

Trascurando i primi (pitiatici, paratonici, isterici) si occupa dei secondi in cui l'esame radiologico assurge al suo più alto significato diagnostico. Tre gruppi in essi vanno distinti: lesioni congenite, reumatiche, postumi di lesioni traumatiche.

Lesioni congenite.

I vizi vertebrali congeniti più comuni sono rappresentati dalla *sacralizzazione* della V lombare. della spondilolistesi della V. L. e dalla rachichisi dei primi metameri sacrali. Esempi ne sono:

1° M., ventottenne: per disturbi vari (febbre, inappetenza, stipsi, dolori lombosacrali e agli arti nel territorio degli sciatici) rimane un mese in letto: all'alzarsi accorse di non potersi reggere in posizione eretta ed assunse l'atteggiamento camptocormico.

All'esame radiologico la V L. risulta trasformata in un vero metamero sacrale — le apofisi articolari inferiori sono scomparse, quelle superiori si articolano con la IV L.

Diagnosi radiologica: sacralizzazione totale simmetrica della V. L.

F., soldato di anni 33.

Tipico atteggiamento camptocormico.

All'esame radiologico: schisi posteriore della I S., con aplasia ed incongruenza parziale degli apici e con lieve rotazione della V L., da d. a. s. per cui lo spazio di passaggio del tronco lombosacrale s. veniva ad essere ristretto.

D., soldato di anni 22.

All'esame radiologico: spondilolistesi bilaterale della V L.

In queste alterazioni congenite del rachide, dal Rossi chiamate « sindrome del Bertolotti », è accertato che il sintoma dolore è in dipendenza di una neuroradicolite del plesso sacrale, dovuta alla compressione del V nervo lombare entro il forame sacrale soprannumerario e qualche volta ad uno stiramento della coda equina (spondilolistesi): l'atteggiamento camptocormico è attribuibile ad un doppio fenomeno, antalgico e statico.

Lesioni reumatiche.

In questo gruppo di forme, che il Coleschi dichiara frequenti con l'accurata osservazione dei malati, vanno compresi:

il reumatismo vertebrale cronico, il quale può essere generalizzato a tutta la colonna o a buona parte di essa o ad un tratto ristretto. Hoffa dà come caratteri radiologici del reumatismo vertebrale cronico anchilosante i seguenti: assottigliamento e talora scomparsa delle cartilagini intervertebrali, esostosi sul cercine dei corpi vertebrali, che possono saldarsi con produzioni analoghe delle vertebre vicine, fino a produrre l'anchilosi, atrofia dei corpi vertebrali (non sempre presente).

A questo gruppo l'A. ascrive quella forma di reumatismo vertebrale cronico localizzato al tratto lombare della colonna, ritenuto da Léri una forma clinica speciale rigorosamente localizzata assai differente da tutte le varietà di reumatismo vertebrale descritte, e chiamata *lombartrite.*

Delle molte forme osservate Coleschi cita le più caratteristiche:

M. A., di anni 33, contadino.

Da 4 mesi, in trincea, ha notato la graduale comparsa di un intorpidimento alle gambe, con progressivo incurvamento del tronco, poi sopravvennero dolori parossistici ai lombi, irradiantisi in avanti e in basso. Giunge all'osservazione con netto atteggiamento camptocormico.

All'esame radiologico: III-IV L. « *a rocchetto* » (Léri le chiama « *a diabolo* »). Dal margine craniale della IV L. e da quello caudale della III L. partono due produzioni ossee ad uncino nell'insieme offrenti il caratteristico aspetto a becco di pappagallo.

Corpi vertebrali leggermente rarefatti.

Diagnosi radiologica: spondilite lombare cronica a carico della III e IV L.; schisi dell'arco posteriore della I S.

V. D., anni 46, carrettiere.

Cadendo dal carro nel 1917, si fratturò la XI costa sin. D'allora non è stato più bene. Si presenta con atteggiamento camptocormico pronunziato e col tronco deviato leggermente verso sinistra: accusa dolori lombari specie a sinistra, accessuali.

Esame radiologico: II e III L. con i corpi appiattiti e inclinati ad angolo fra loro con apice verso sinistra.

Tutti i corpi vertebrali, ma specie quelli della II e III L., presentano la forma a rocchetto. Grosse

produzioni osteofitiche ad uncino a carico della I, II, III L.

Diagnosi radiologica: Spondilite lombare cronica anchilosante, specie a carico della II e III L. con manifestazioni più imponenti a sinistra.

La seconda specie di lesione reumatica è data dalla *Spondilosi rizomelica* o malattia di Strümpell-Marie. Jaugeas ne dà i seguenti caratteri radiologici: spazio intervertebrale ridotto al terzo o quarto del normale, ombre laterali dovute all'ossificazione dei legamenti gialli. Non deformazione di vertebre, non produzione di osteofiti. Interessamento frequente delle articolazioni provviste di un menisco o di un cercine (anche, spalle, ecc.) le quali si presentano anchilosate per ossificazione ligamentosa.

Quando l'evoluzione della malattia è completa tali malati presentano un aspetto « *saldato* » cioè di un parckinsoniano senza tremori.

Dall'esame dei suoi casi l'A. è indotto a credere che l'atteggiamento camptocormico possa spiegarsi in due modi: in un primo tempo non essendo i metameri vertebrali ancora saldati tra loro la piegatura del tronco dipende da cause antalgiche mentre in secondo tempo, a saldatura completa, dipende dalla fissazione in posizione antalgica.

L'esame radiologico quindi in tali malati permette una diagnosi sicura e con un'esatta diagnosi dà la possibiltà di una fondata prognosi e cura adeguata (salicilici, immobilizzazione, calore, elettroterapia, doccia, massaggio).

Coleschi ritiene che tanto le spondiliti croniche anchilosanti quanto la spondilosi rizomelica non rappresentino altro che due manifestazioni differenti di una stessa causa comune: il reumatismo cronico. Le due manifestazioni oltre che per la topografia differirebbero anatomo-patologicamente nel senso che nella prima la malattia attaccherebbe le parti ossee delle vertebre, nella seconda i legamenti ed i dischi intervertebrali.

Lesioni traumatiche.

I traumi vertebrali che possono stabilire un atteggiamento camptocormico sono naturalmente soltanto quelli che interessano il tratto lombosacrale. Le fratture di questo tratto del rachide avvengono per lo più per la flessione violenta del tronco all'innanzi, quando l'infermo sia bruscamente incurvato per un peso cadutogli sul dorso, oppure per caduta sulle natiche o in piedi; per frattura da ferite d'arma da fuoco. Esulano quindi tutti gli incurvamenti del tronco dovuti ad un gibbo dato o dallo schiacciamento recente di uno o più corpi vertebrali, o dal morbo di Kümmel o dal Pott lombare.

I traumatizzati vertebrali quindi che rientrano in questo gruppo, sono quelli in cui il trauma provocò in via indiretta l'incurvamento del tronco, o favorendo la localizzazione di un processo flogistico scondario, oppure determinando alterazioni della statica vertebrale, o infine inducendo dei disturbi nervosi che sono la causa diretta dell'atteggiamento viziato.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 28 novembre 1919.

Presidenza: prof. BARDUZZI.

Sulla raccolta e disinfezione degli sputi tubercolari. Considerazioni e ricerche.

E. NERI. — Nella prima parte della nota, l'O. espone alcune esperienze complementari sulla disinfezione chimica degli sputi tubercolari, impiegando soluzioni semplici e acide di formaldeide, e soluzioni saponose, alcaline e acide di cresolo greggio. I risultati ottenuti confermano quelli delle esperienze precedenti, favorevoli all'impiego del cresolo greggio in soluzione saponosa o alcalina (soda caustica).

A rendere più comodo nella pratica l'impiego di queste soluzioni, l'O. consiglia soluzioni concentrate (saponose e alcaline), di cui indica la preparazione.

I risultati ottenuti con miscele acide di cresolo dimostrano la grande attività di questa forma di soluzione disinfettante, a conferma dei risultati ottenuti da Schneider e da Heiler; ma queste soluzioni non si presentano, per ora, in forma praticamente usabile.

Nella seconda parte, l'O. espone alcune considerazioni sulla raccolta e disinfezione degli sputi tubercolari. Riconosciuta ormai generalmente la necessità della disinfezione degli sputi tubercolari, prima del loro smaltimento, l'O. rileva la utilità della disinfezione chimica, specialmente nella pratica privata.

Circa la raccolta degli sputi tubercolari, l'O. osserva che nessun reale vantaggio si può sperare dalla disinfezione, se non si provvede a raccogliere razionalmente gli sputi.

Consiglia a questo proposito l'abolizione delle sputacchiere collettive e la generalizzazione delle sputacchiere individuali.

Indica quindi brevemente come deve essere disposto il servizio di disinfezione chimica nella pratica ospitaliera e nella pratica privata.

L'O. ricorda infine il pericolo delle goccioline infettanti, che, come Chaussé ha dimostrato, sono inalabili anche allo stato umido; onde la necessità di una buona educazione igienica del tubercoloso.

Nuovo contributo allo studio delle variazioni batteriologiche. Osservazioni sul bacillo tifogeno.

F. NERI. — Il carattere della mobilità è stato il meno ricercato nello studio delle variazioni batteriche.

L'osservazione, dall'O. già pubblicata, di due stipiti di *commabacillo* diventati *atrichi* per fenomeni di mutazione è la prima e una delle pochissime registrate finora in questo genere di variazioni batteriche. Continuando le osservazioni sopra le culture batteriche a sua disposizione, l'O. ha trovato due variazioni nel bacillo del tifo: uno stipite *atrico* e uno stipite *inagglutinabile*.

Sulla identità del tifobacillo atrico non può sorgere alcun dubio: esso è normalmente agglutinabile ed agglutinogeno, e funziona normalmente da antigeno nella reazione di Bordet-Gengou.

Neppure può sorgere dubbio sulla perdita delle ciglia, ripetutamente accertata in condizioni culturali diverse, su preparati in cui, accanto al bacillo atrico, veniva disposto un bacillo tifico normale, in cui le ciglia erano chiaramente visibili.

La perdita delle ciglia, manifestatasi bruscamente in un trapianto di una vecchia agar-cultura conservata da due mesi circa a temperatura di stanza, ha carattere persistente nei successivi trapianti: l'O. la considerò perciò come una *mutazione* nel senso di De Vries, pur rilevando qualche differenza dalle mutazioni classiche, come il fatto che non una parte soltanto, ma tutta la cultura ha presentato il fenomeno della variazione, e il fatto della nessuna tendenza al ritorno al tipo originario.

La natùra della variazione, che ha determinato la inagglutinabilità dell'altro stipite tifico, è meno chiara. Trattasi probabilmente di un caso di *fluttuazione regressiva*.

L'O. riassume infine brevemente i concetti moderni intorno alle variazioni batteriche.

Contributo alla conoscenza sull'etiologia e sulla prognosi della nefrite nell'età infantile.

ANGIOLA BORRINO. — Dallo studio di 128 casi di nefrite in bambini dai primi mesi fino a 13 anni, la B. giunge alle seguenti conclusioni:

1) La nefrite è frequente, nell'età infantile, specialmente nel periodo prescolastico o nei primi anni della scuola.

2) La nefrite è strettamente in rapporto con malattie infettive varie dalla scarlattina all'angina tonsillare acuta, ciò che richiama alla necessità di una più rigorosa profilassi delle malattie infettive negli anni che precedono la scuola.

3) La nefrite nell'età infantile ha generalmente una prognosi buona, ma spesso è seguita ben presto dalla morte e spesso si volge allo stato cronico, il che significa pure l'esito mortale o nella stessa fanciullezza o nella prima giovinezza.

Nuove ricerche sulla disinfezione preoperatoria della congiuntiva.

LUIGI BETTI. — Proseguendo ricerche già da tempo iniziate su questo argomento di così vivo interesse, l'A. ha potuto stabilire alcune norme che permettono di rendere sterile la congiuntiva nel termine di un giorno o due, mediante applicazioni di una pomata all'ossido giallo di mercurio al 2 %.

La flora microbica della congiuntiva nelle suppurazioni croniche del sacco lagrimale.

LUIGI BETTI. — L'A. ha studiato il contenuto batterico della congiuntiva negli individui affetti da dacriocistite, valendosi del metodo colturale di Elschnig-Ulbrich, non ancora seguìto da altri in questo intento. Dalle sue ricerche, eseguite su 82 casi, è venuto alla conclusione che se le specie microbiche che s'annidano nella congiuntiva degli individui affetti da suppurazione cronica del sacco lagrimale sono abitualmente quelle stesse che si rinvengono anche nella congiuntiva in condizioni normali, vària tuttavia la frequenza con cui esse ricorrono nell'un caso e nell'altro. In linea generale si può dire che mentre i microrganismi patogeni (ad es. il pneumococco) sono molto più frequenti nel primo caso, e cioè nella congiuntiva degli individui affetti da dacriocistiti, i microrganismi sprovvisti di potere patogeno e i saprofiti (come lo stafilococco albo ed il b. della xerosis) si trovano più di frequente nella congiuntiva normale.

B.

Flora e fauna nelle monete consolari.

G. B. BELLISSIMA. — Sebbene si tratti di un argomento extra-medico, ce ne occupiamo a titolo di varietà. — L'A. segna i limiti della ricerca sulla flora e fauna rispetto alle monete consolari; nota l'abbondanza degli scrittori latini di argomento botanico-zoologico, accenna all'opera moderna d'Imhoof-Blumer und Otto-Keller, osservando che essa si riferisce solamente alla fauna di un numero esiguo d'animali e di *gentes*, mentre le *gentes*, alle cui monete riferisconsi le

piante e gli animali, sono 181, conclude dicendo che l'alloro per la flora e il cavallo per la fauna occupano il primo posto rispetto al numero delle applicazioni numismatiche. La ricerca è divisa in due parti: 1ª flora, 2ª fauna; e gli argomenti sono trattati con lo stesso metodo. Di ogni pianta e di ogni animale sono indicate tutte le applicazioni, prima complessivamente e poi partitamente rispetto alle singole *gentes*.

Parte 1ª: Piante note. Piante di non esatta decifrazione. Classificazione scientifica moderna delle piante note. Uso fatto di dette piante nelle monete consolari. Denominazione scientifica moderna.

Parte 2ª: Animali noti. Animali mitologici. Classificazione scientifica moderna degli animali noti. Uso fatto di detti animali nelle monete consolari. Denominazione scientifica moderna. *B.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

L'esame coprologico in clinica.

Lo studio macro e microscopico e chimico delle feci può recare nozioni precise ed utili alla clinica, quando non si consideri il fatto coprologico isolato, ma lo si connetta con i reperti antecedenti e con i risultati dell'esame clinico; non si deve poi dimenticare l'estrema e variabile sensibilità degli organi digerenti alle influenze più diverse.

Dargein (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n. 7, 1919) isola le sindromi coprologiche seguenti:

Sindrome gastrica. — Può essere dovuta ad *ipo-* o ad *iperacidità*. Nel primo caso, si osservano, nelle feci, fibre muscolari non bene utilizzate e numerosi frammenti intatti; si può avere la putrefazione dei residui albuninoidi e la reazione alcalina. Frequente la diarrea; mal dissociati i farinacei, che si presentano in frammenti; numerosi i fermenti, che talvolta provocano fermentazione degli idrati di carbonio e acidificazione delle feci. In caso di iperacidità le fibre muscolari sono ben digerite, molto meno lo sono gli idrati di carbonio. Rara è la putrefazione: di regola si ha costipazione, con accessi di diarrea iperacida.

Sindrome epatica. — Feci di colore chiaro o scuro (secondo la maggiore o minore ritenzione biliare), di consistenza pastosa, con aspetto di mastice, di reazione acida, con poca fermentazione e scarsi residui di albuminoidi, di idrati di carbonio, di cellulosa. Però un terzo dei grassi non viene utilizzato: la reazione di Triboulet dà colori che vanno dal grigio-rosso al bianco.

Sindrome pancreatica. — Feci di consistenza molle, nerastre, con odore putrido, con reazione alcalina: fibre muscolari ed amidi quasi intatti: notevole deficit di utilizzazione dei grassi.

Sindrome del tenue. — Sia nell'enterite lieve, che in quella cronica, si hanno feci di aspetto glutinoso, poco aderenti al vaso, di odore indefinito, di colore giallo-verdastro con reazione alcalina, con residui di fibre muscolari e di amido. Lentissima è l'amilolisi nell'enterite vera, in cui si notano altresì abbondanti albumine precipitabili con acido acetico, muco e grumi colorati in verde.

Sindrome cecale. — Feci di consistenza pastosa o semifluida, con aspetto lucente, contenenti muco jalino e abbondanti pigmenti biliari. Residui di fibre muscolari mal digerite, di grassi, di cellulosa. Quando vi sia predominio di putrefazione con reazione alcalina ed amilolisi lenta si concluderà per tiflite cronica; invece la fermentazione e l'amilolisi siano rapide e la reazione acida, stanno ad indicare un tipo di fermentazione cecale degli idrati di carbonio.

Sindrome colica. — Consistenza pastosa, aspetto verniciato, amilolisi scarsa, albumina solubile, muco commisto con le feci, cattiva utilizzazione della cellulosa. Si notano alternative di putrefazione e fermentazione, con reazione sempre alcalina. La diminuzione del muco non indica sempre un miglioramento, anzi invece talora un peggioramento della prognosi, esprimendo la tendenza della mucosa all'atrofia.

Sindrome da stasi stercoracea. — Si trovano soltanto pochi residui alimentari, difficilmente riconoscibili, del muco disidratato, con il particolare aspetto, che gli ha valso il nome di pseudomembrana, reazione neutra o leggermente alcalina. Le diarree, che talvolta si osservano in tale sindrome, rappresentano solo la diluizione delle feci in un essudato: trattasi quindi di false diarree, in cui sono modificate soltanto la forma e la consistenza. *fil.*

La ricerca del sangue nelle urine.

La reazione proposta da L. Sardou è estremamente sensibile. Si usa il reattivo di Meyer, che si prepara come segue. Due grammi di fenolftaleina e 20 grammi di potassa caustica anidra si sciolgono in 100 grammi di acqua distillata, aggiungendovi poi 10 grammi di zinco in polvere impalpabile. La miscela, dapprima rossa, viene così decolorata; la si porta poi ad ebollizione, e, continuando ad agitare, si filtra, mentre è calda, non appena la decolorazione sia completa.

A tre cmc. di urina non filtrata, precedentemente agitata, si aggiungono, in una provetta, tre cmc. di alcool acetico (acido acetico cmc. 2: alcool a 90° cmc. 98). Dopo agitazione, si aggiunge 1 cmc. di reattivo di Meyer, e finalmente tre goccie di acqua ossigenata a 12 volumi.

Se l'urina contiene sangue, si nota un colore

rosa più o meno intenso, che incomincia da pochi secondi a tre minuti dopo l'aggiunta dell'acqua ossigenata; l'intensità della reazione si mantiene per un certo tempo, ciò che non accade col processo di Meyer originale.

Secondo G. Cumston (*New York med. Journal,* 21 giugno 1919), questo metodo ha il vantaggio su quello microscopico che può scoprire la presenza di sangue anche quando, in causa dell'emolisi dovuta alla concentrazione molecolare dell'urina, le emazie sono invisibili al microscopio. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

L'utilità del male di capo.

Sotto questo titolo un po' sensazionale A. W. Herr (*Western Med. Times,* sett. 1919; rifer. in *Medical Record,* 27 sett. 1919) considera il male di capo come un grido di allarme, come un *fanale di segnalazione rosso,* che richiama l'attenzione della coscienza su stati morbosi svariatissimi, di cui esso non è che l'esponente.

Il male di capo può essere dovuto a cause molteplici: discrasie ematiche (anemia, neoplasie, dia alcool, da tabacco, da mercurio, da oppio, enterogene, ecc.), infezioni generali (sifilide, tubercolosi, ecc.), neuropatie (neurastenia, isteria, epilessia), fatti locali (meningite, tumori, sifilomi cerebrali, congestione o edema cerebrale da cause generali, come cardiopatie, nefriti, ecc.), fatti riflessi (dall'utero, stomaco, appendice, reni, occhi, orecchi, naso, denti, organi genitali, ecc.).

La forma del dolore varia alquanto con la causa: esso è pulsante nell'emicrania; sordo, gravativo, se di origine tossica o dispeptica; premente nella nevrastenia; acuto, tagliente nella isteria ed epilessia; caldo, urente, intollerabile nelle forme anemiche e reumatiche; atroce nelle meningiti, nei tumori e sifilomi cerebrali; si accompagna spesso a ronzii e vertigini nell'arteriosclerosi diffusa, ecc.

Anche la localizzazione varia: le affezioni pelviche di solito determinano dolore all'occipite o al vertice; il dolore dispeptico è per solito frontale; quello di origine nasale suole aver sede sull'occhio o alla glabella; il dolore che deriva dai seni o dall'antro è quasi sempre unilaterale; il dolore provocato da affezioni delle tonsille o dalle vegetazioni adenoidi è ordinariamente diffuso; i denti provocano una forma neuralgica, unilaterale. La dilatazione gastrica e la fatica oculare sono le cause più frequenti di cefalalgie ribelli a tipo emicranico.

Abbiamo già avuto altre volte occasione di occuparci di questo argomento.

L'A. richiama le nozioni esposte, affinchè siano tenute presenti nel trattamento.

Il trattamento del male di capo dovrebbe essere causale. Nell'emicrania si cercherà se esiste fatica oculare e si farà correggere la visione: è questa opera dell'oculista; nella generalità dei casi di emicrania però esiste distensione gastrica, contro la quale giova il vomito, o meglio il lavaggio gastrico; per tonificare lo stomaco, per correggerne la deficienza muscolare, può ricorrersi al massaggio profondo o meglio alla corrente sinusoidale. Nell'intossicazione enterogena (in cui fino al 40 % in volume delle feci può esser dato da batterî) si riesce a ridurre i processi putrefattivi mediante una dieta antitossica e lassativa, le enteroclisi copiose, lente, a debole pressione, i fermenti bulgari.

I mali di testa più persistenti e penosi sogliono essere quelli riflessi; essi presentano le maggiori difficoltà diagnostiche: conviene procedere per esclusione, e, dopo localizzato il male originario, primitivo, provvedere a curarlo.

La cefalalgia ha dunque il merito di richiamare violentemente l'attenzione su stati morbosi svariati, che sarebbe pericoloso di trascurare. Si badi che i rimedi sintomatici — compresse fredde o massaggio al capo e alla nuca, compressione delle arterie temporali, corrente sinusoidale al capo, analgesici per uso interno (dei quali si fa tanto abuso), ecc. — nascondono il male e ingenerano una falsa tranquillità; bisogna sforzarsi, inceve, di ricercarne le cause e di attuare una cura causale. R. B.

Crisi rettale nella tabe.

P. Lockhart-Mummery (*Practitioner,* p. 308) riferisce il caso di un impiegato, di 52 anni, che entrò all'ospedale lagnandosi di dolore e disturbo nel retto e nell'ano, datanti da 3 mesi. Il dolore era più forte dopo la defecazione; non mai grave; « sensazione di intorpidimento all'ano ». Da qualche tempo pollachiuria e incontinenza notturna. All'esame obiettivo: ano e retto apparivano normali; Argyll-Robertson presente e miosi accentuata; forte tremore della lingua, delle palpebre, delle dita, accentuantesi quando vi si poneva attenzione; assenza dei rotulei; oscillazione nella stazione eretta ma non caduta chiudendo gli occhi. Alvo regolare. Non sifilide nell'anamnesi.

Minimo dubbio che si sia trattato di un caso di tabe dorsale con crisi rettali: la storia successiva avvalorò questa ipotesi.

Le crisi rettali sono un sintoma precoce della tabe e in conseguenza la diagnosi può essere difficilissima. Un esame accurato rivelerà talvolta delle aree di anestesia cutanea. SEB.

La stricnina nella neurastenia e negli stati di ansia.

L'uso di dosi eroiche di noce vomica e di stricnina nel collasso nervoso è ben noto ai neurologi: recentemente Heckel, in una monografia sugli stati ansiosi, raccomandava in essi l'uso della stricnina; Hartenberg considera addirittura la stricnina quasi come uno specifico nell'astenia nervosa e nella neurastenia, in cui la somministra in quantità di sei mg. al giorno. Per il fatto che la stricnina non viene trattenuta nell'organismo, vi sono certi individui, che possono tollerarne parecchi centigrammi al giorno.

Negli stati ansiosi non sono indicate le dosi alte, non dovendosi oltrepassare i sei mg. per bocca, nè i quattro per iniezione ipodermica: dosi maggiori peggiorerebbero lo stato del paziente.

La stricnina è altresì indicata nella neurastenia secondaria ed in quella che ha un substrato somatico; meno felici sono i risultati nei casi endogeni, con ossessioni e fobia.

Quando il medicamento è dato per bocca, esercita, sull'apparato digestivo, un'azione che viene dimostrata dalla maggiore rapidità con cui passa il cibo. Somministrata ipodermicamente, ne segue subito una reazione nervosa, che può anche essere eccessiva.

Per conoscere bene la dose giusta, bisogna prima sperimentare con un milligrammo al giorno, somministrato per bocca. Al nono giorno si danno due milligrammi, in due volte, arrivando poi gradatamente fino a tre. Dopo una quindicina di giorni di riposo, si ricomincia la cura con due milligrammi, che si possono poi aumentare gradatamente fino al limite tollerato o fino a che si ottiene un reale miglioramento.

fil.

Il trattamento della debolezza senile.

Vi sono vecchi, i quali pure avendo cuore e reni sani, funzioni digestive normali, sangue senza alcuna alterazione, presentano segni di debolezza e di accasciamento tali che impediscono loro qualsiasi lavoro ed anche il cammino. Tali fatti si osservano più spesso in donne non oltre i 65-70 anni.

Questi stati di spossatezza possono essere accompagnati da idee tristi, di scoraggiamento, tendenze al pianto, oppure lasciano all'ammalato la sua vivacità di sguardo e di contegno.

Nel primo caso, trattasi di strati premonitori di fenomeni di rammollimento, che a 2-3 anni di distanza si manifesteranno con un ictus improvviso. Le altre forme esprimono piuttosto una certa lentezza nel funzionamento delle secrezioni interne, che non arrivano a distruggere le scorie della fatica.

In ambedue i casi si consiglierà il regime alimentare molto ridotto dei vecchi; si concederà un po' di vino a quelli della seconda categoria, si daranno dei leggeri lassativi.

I deboli tristi alterneranno i glicerofosfati (glicerofosfato di magnesia cg. 25 prima dei pasti del mezzogiorno e della sera; per 10 giorni) con acido fosforico (ac. fosforico gr. 5, fosfato acido di soda g. 10, acq. dist. g. 100; un cucchiaio prima dei due pasti; per altri dieci giorni).

Al minimo disturbo della parola, un cauterio alla pasta di Vienna, sulle spalle; le suppurazioni prolungate sostenute dal cauterio sono il modo migliore di opporsi alla lesione locale che invade i vasi cerebrali.

Negli altri deboli, si prescriverà il glicerofosfato di magnesio (cg. 5) con quello di ferro (cg. 5) da prendere per un mese prima dei pasti di mezzogiorno e della sera; dare poi per 15 giorni, l'acido fosforico o la fitina, e riprendere i glicerofosfati,

(*Journ. d. Praticiens*, ag. 1919).

fil.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

Disinfezioni.

Organizzazione del servizio.

Poichè un buon servizio di disinfezione si fonda sull'armonica corrispondenza fra i due elementi essenziali, rappresentato l'uno dal materiale profilattico e l'altro dal personale di servizio, l'ufficiale sanitario dovrà curare, in primo luogo, di avere a disposizione, sia pure nei piccoli Comuni, almeno un disinfettatore istruito, stabilendo inoltre formali accordi con altro personale avventizio, da assumersi, quando occorra, per aiuto o sostituzione. Al primo spetterà di compiere il servizio ordinario e la direzione di esso, quando sia assunto anche altro personale, nonchè di curare la buona conservazione del materiale.

Certamente, non si potrà in un piccolo Comune prescindere dal personale già in servizio, come guardie, messo, stradino e simili, tuttavia si avrà cura di scegliere, come disinfettatore, il più idoneo per capacità e attività, mentre, allettandolo con buone paghe, non sarà difficile trovare personale avventizio all'infuori dei salariati comunali.

L'istruzione pratica necessaria, qualora il personale non possa frequentare speciali corsi o addestrarsi presso una stazione di disinfezione, sarà

impartita dall'ufficiale sanitario stesso, il quale potrà valersi per un insegnamento sistematico delle apposite guide, che si trovano in commercio. Non è consigliabile e sufficiente attendere ad impartirla, quando si presenti l'occasione di agire, in quantochè ordini e indicazioni non potranno essere allora, che sommari e difficili da comprendersi e bene eseguirsi da parte di personale di scarsa elevatura.

In secondo luogo, l'ufficiale sanitario curerà l'acquisto di adeguato materiale profilattico.

Se il Comune è provvisto di farmacia o questa non è molto lontana, sarà preferibile non fare grossi acquisti di materiale di disinfezione, la cui conservazione richiede precauzioni e cure, non sempre facili ad aversi, e, d'altra parte, ad ogni farmacia spetta tenersi provvista in quantità sufficiente dei principali e più indispensabili disinfettanti, mentre poi la calce, che sotto forma di latte di calce al 20-50 %, preparato di recente, costituisce un ottimo disinfettante per latrine, stalle, pareti, ecc., si trova facilmente in campagna.

Per la scelta consigliamo attenersi a quei pochi, che una lunga pratica ha sanzionato e bastano per soddisfare ad ogni esigenza; in tal modo il servizio sarà più semplice, oltre che meno costoso, e, essendone più facilitata l'esecuzione, di effetto più sicuro

Di questi disinfettanti, oltre la calce sopraccennata, indichiamo principalmente: 1) il sublimato corrosivo, addizionato con acido cloridrico o meno bene, secondo alcuni, con cloruro di sodio, per la disinfezione delle mani e delle biancherie in soluzione ad 1-2 ‰, e degli ambienti al 5-10 ‰, a seconda dello stato dei pavimenti; 2) l'acido fenico puro al 5 % da solo o allo stato greggio in miscela coll'acido solforico (soluzione Laplace); nel primo caso può sostituire il sublimato corrosivo, che resta inattivato a contatto di oggetti di metallo, lana, sputi, feci e sostanze albuminoidi in genere, e nel secondo si presta bene a disinfettare latrine, stalle e simili; 3) la soda caustica in soluzione al 12 %, in sostituzione del sublimato, quando sia rilevante il sudiciume (pavimenti); 4) il carbonato di soda, al titolo 3 % e riscaldato a 70°-80° C., il quale si presta bene per biancherie e suppellettili da tavola.

Consiglieremo pure la formaldeide per disinfettare, non ambienti e relativo arredamento, difficilmente potendosi a domicilio realizzare le condizioni volute, ma sibbene oggetti di vestiario e d'ornamento, che dal vapore o dai liquidi subirebbero deterioramento, come oggetti di cuoio, libri rilegati in pelle, documenti, quadri ad olio, pelliccie, abiti da signora, strumenti musicali, gingilli, ecc.; ciò, però, qualora si possa disporre di un ambiente a perfetta chiusura (un armadio a. e.) e riscaldabile a 50°-60° C., dove gli oggetti, sciorinati, possano essere assoggettati ad un conveniente grado d'umidità e tenuti in movimento per facilitare il contatto e la penetrazione del gas.

Per l'uso di questo gas si hanno apposite lampade, colle quali si fa evaporare la soluzione al 40 % di formaldeide (formalina del commercio) oppure sublimare speciali pastiglie: tuttavia vi sono anche procedimenti semplici, con cui si ottiene lo sviluppo del gas, senza bisogno di adoperare speciali apparecchi, il che praticamente può tornare comodo. (Procedimento Autan ed Evans-Russel descritti nei trattati).

I disinfettanti liquidi si adoprano nel miglior modo mediante le pompe spruzzatrici, apparecchi costruiti in generale sul tipo della comune pompa per solforare le viti, con cui è possibile spingere il liquido colla forza e all'altezza necessaria per rimuovere la polvere, raggiungendo anche il soffitto, come è possibile ottenere pure un'irrorazione uniforme e completa.

È necessario pertanto, che ogni più piccolo Comune ne sia provveduto, e quindi nell'acquisto consigliamo per le cose dette di fare attenzione specialmente a che la pompa abbia il getto abbastanza forte, e recipiente e rubinetti siano di materiale, non metallico cioè inattaccabile dagli acidi e dal sublimato corrosivo.

È opportuno anche raccomandare, che sia curata la conservazione del materiale profilattico, tenendolo in locale asciutto, ripulendolo diligentemente, dopo ogni operazione, specialmente nella rubinetteria, che va soggetta facilmente a deteriorarsi, ed assoggettandolo ogni tanto a prova, quando non avvenga di adoprarlo.

La pompa spruzzatrice è il fucile del disinfettatore, il quale deve averne la stessa cura meticolosa e paziente, che ha il cacciatore della propria arma, per poterla trovare sempre pronta a servirsene.

a. p.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'immunizzazione contro il morbillo.

Nonostante l'opinione popolare, il morbillo va considerato come una malattia seria; negli Stati Uniti, nell'area soggetta a registrazione (circa il 65 % della popolazione totale) il morbillo ha cagionato nel 1913, 8,108 morti (in Italia vi sono oltre 10,000 morti all'anno per morbillo, cioè circa 32 per ogni 100,000 abitanti). La mortalità è massima sotto i 5 e specialmente sotto i 3 anni; le recenti condizioni di guerra hanno dimostrato che tale infezione può essere grave anche per gli

adulti. Si comprende quindi la necessità di provvedere per impedire che il morbillo si diffonda e provochi nuove vittime.

D. L. Richardson e H. Connor (*Journ. Am. med. Assoc.*, 12 aprile 1919) hanno fatto dei tentativi di immunizzazione. Si raccoglieva il sangue dalle vene del gomito di convalescenti di morbillo, lo si teneva in refrigerante per una notte, decantando poi il siero e provandone la reazione di Wassermann; i sieri negativi venivano poi mescolati tenendoli in refrigerante, o, se venivano conservati per più di una settimana, aggiungendovi il 0.25 % di tricresolo.

Se ne iniettarono 7-25 cmc. nei muscoli della coscia; non è mai stata notata nessuna reazione nè locale nè generale. Di 14 pazienti così immunizzati ed esposti all'infezione, nessuno ebbe il morbillo, che si verificò invece in un altro esposto ma non precedentemente immunizzato. In altri tre bambini, dopo l'iniezione, si sfregarono il naso e la gola con tamponi, che erano stati precedentemente passati sul naso e sulla gola di morbillosi; in due non si ebbe alcun fenomeno; nel terzo un leggero aumento di temperatura ed un'eruzione atipica.

Gli esperimenti sono troppo scarsi per permettere una conclusione; essi però incoraggiano ad ulteriori investigazioni.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1077) *Sui cornetti acustici.* — Al dott. Emerico Biondi:

Quesito spesso formulato da medici e pazienti; così che riteniamo opportuno (anche perchè in tale campo la indagine scientifica è stata soverchiata dalla più impudente *réclame* degli speculatori) trattarne più ampiamente di quanto non si faccia in queste risposte. L'argomento è così importante che la Società Italiana di Otologia ha in animo di farne oggetto di relazione in uno dei suoi Congressi, per disciplinare questa materia che ora è in balìa delle quarte pagine.

Lo scopo dei « cornetti acustici » è di migliorare l'udito nelle diverse forme di durezza acustica, concentrando e raggruppando le onde sonore, e di trasmetterle all'orecchio. Il numero di tali strumenti, già grande, aumenta di anno in anno, ma finora si è nell'impossibilità di consigliare ai malati uno strumento con la certezza che ne trarranno profitto. L'uso di varî ordigni è puramente empirico, poichè per ogni caso si dovrebbe scegliere uno strumento conveniente, mentre in altri non ne è applicabile alcuno. Un dato « cornetto » conviene ad un soggetto, un altro riconosciuto come efficace non gli corregge affatto l'udito. Talora un individuo ha bisogno di varî strumenti in diverse occasioni.

Tutti questi apparecchi si possono distinguere in due gruppi: gli uni trasmettono i suoni al labirinto *per via ossea*, gli altri *per via aerea*. Al primo appartengono i cornetti acustici propriamente detti, delle forme più svariate, gli uni utili per l'audizione da vicino, gli altri per quella lontana. Fra i primi il migliore è il *tubo acustico di Dunker*, imbuto conico di ebanite al quale segue un tubo di gomma lungo circa 1 m., e che termina con un'oliva da introdursi nel meato. La persona che vuol parlare al sordo, avvicina il boccaglio alle labbra, cercando di articolare nettamente, più che di parlar forte, poichè la parola alta riesce fastidiosa al malato, gli dà cefalea.

Marage ha fatto costruire un *cornetto « masseur »* che può servire anche per la audizione biauricolare; esso non stanca il malato e fa al tempo stesso un massaggio del timpano e degli ossicini.

I cornetti per la conversazione prossima presentano l'inconveniente di modificare il timbro e l'altezza della voce del parlatore, inoltre il tubo trasporta sino all'orecchio il soffio di colui che parla, donde una forte pressione sul timpano, talora dolorosa e affaticante. Per tale conversazione sono meno buoni i cornetti metallici di forma conica e parabolica; quelli di vulcanite sono meno fastidiosi, ma rinforzano meno i suoni. Se ne hanno numerosi modelli: il cornetto di Burkhardt-Merian composto di superfici paraboliche rivolte l'una verso l'altra, di Weigelt costituito da una campana parabolica, di Leiter a doppia curvatura, di Kugel costruito secondo il principio del padiglione di alcuni animali (cavallo, asino) a doccia. Il volume di questi ordigni li rende imbarazzanti, penosi al sordo quanto la stessa sua infermità; egli è costretto a tenere la mano a contatto dell'orecchio per tutta la conversazione, e però si stanca. Il cornetto di Reynders, con un piede per poggiare su un tavolo, non può usarsi che a domicilio.

Per rendere i cornetti meno ingombranti si è ridotto il loro volume, ma a spese della loro funzione, così il valore pratico di quelli che possono fissarsi al padiglione o al capo mediante una molla è limitatissimo.

I piccoli cornetti non sono utilizzabili che quando le pareti del condotto cartilagineo sono cadute e le onde sonore non possono entrare a sufficienza nell'orecchio. I *tubi soniferi di Abrarecchio di Politzer* è fondato sul principio che un estremo ad imbuto che riposa nella conca. L'*appahams* sono dei piccoli tubi in argento, con un suono agente sull'orecchio si rinforza se si au-

menta la superfice del trago con una piccola placca solida; esso nella forma ricorda le maniche a vento delle navi. Politzer ritiene che renda l'udito migliore del doppio; ma poichè non lo usano che i molto « duri », essi se udivano la parola a 5 cm., guadagneranno ben poco se potranno percepirla a 10 cm.

Gli *otofoni* si compongono di due lamine metalliche a molla che si pongono sulle mastoidi e respingono il padiglione in avanti, il che facilita la concentrazione di alcune onde sonore.

I *timpani artificiali* sono spesso venduti sotto nomi strani dai ciarlatani; questi timpani sovente sono mal tollerati, dànno dolori, specie nella deglutizione, aumentano i rumori subiettivi, dopo un certo tempo rinnovano una suppurazione cessata da un pezzo.

Ultimi, cronologicamente, sono gli apparecchi costruiti sul principio del telefono, i quali permettono di udire a distanze maggiori; risultano di un microfono, di un piccolo telefono unito con quello mediante un doppio filo e di una pila a secco. Occorre esercitarsi per giungere a ben tenere il ricevitore in guisa da intendere distintamente.

Ma sono apparecchi delicati, che si guastano con facilità; mentre da prima sembra facciano miracoli, dopo un poco di tempo riappare la durezza uditiva.

Essi vanno usati con parsimonia, il loro abuso porta rapidamente all'esaurimento dei relitti di udito superstite; se dànno sensazioni sgradevoli o dolorose all'orecchio, o se aumentano i rumori sono controindicati.

G. BILANCIONI.

VARIA.

La masticazione dei cibi. — *Habent sua fata* anche le teorie. Tutti ricordano la grande diffusione, che si è data al fletcherismo, negli anni scorsi. Orazio Fletcher aveva richiamato l'attenzione sulla necessità di una sufficiente masticazione per assicurarsi una buona digestione ed una migliore utilizzazione degli alimenti. Egli aveva elevato a sistema questo principio ed insisteva perchè si masticassero gli alimenti fino a che non avessero più sapore. E il fletcherismo aveva guadagnato tanti proseliti che seguivano religiosamente il precetto di masticare 35 o 40 volte ogni boccone.

Le esagerazioni contenute nel verbo fletcherista hanno provocato una reazione, sicchè si va ora sostenendo che la buona digestione è abbastanza sicura anche con gli ordinari sistemi di masticazione. Con essi di fatto verrebbe utilizzato il 90 % dei cibi ingeriti, ed anche la totalità per quanto riguarda i grassi abituali e gli idrati di carbonio.

Le sostanze fecali, di fatto, contengono solo scarsi residui alimentari e sono composte per la maggior parte da parti indigeribili, da residui di secrezioni e da batteri. Quindi, anche senza uno sminuzzamento eccessivo, l'assimilazione degli alimenti si compie abbastanza bene.

Ma vi sarebbe anche un danno per l'eccessiva masticazione, che porterebbe, secondo recenti ricerche di Benedict e Carpenter, ad un aumento del 17 % nel metabolismo basale.

Tali risultati si riferiscono specialmente alla masticazione di pasticche, che si fa continuamente agli Stati Uniti. Quando si applichino alla eccessiva masticazione degli alimenti, si avrebbe che il problematico aumento nella digeribilità dei cibi, sarebbe più che compensato da un aumento di produzione di calorico.

Tutte queste considerazioni non tolgono però la necessità di sminuzzare e di insalivare convenientemente il cibo per assicurare una buona digestione, specialmente nel caso in cui gli organi digerenti non sono in condizioni perfettamente normali.

D'altra parte, la vita per quanto intensa e piena di occupazioni, deve pure permettere che il pasto, anche se frugalissimo, venga opportunamente assaporato, poichè in questo risiede una delle piccole soddisfazioni giornaliere, che contribuiscono a mantenere il senso di euforia. Senza contare poi, che è poco edificante lo spettacolo dell'uomo il quale ingolla e trangugia in fretta, simile al cerbero dantesco che *« il pasto morde e solo a divorarlo intende e pugna »*. Anche in tal caso, dunque, buona educazione ed igiene si trovano d'accordo per consigliare un'adatta masticazione pur senza arrivare agli eccessi dei fanatici fletcheristi.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

CARBONI SALVATORE ANGELO. *La profilassi del tifo.* Un vol. in 8° di 334 pagg. Stab. tip. S. Bernardino, Siena.

L'A. ha qui raccolto quanto si conosce sull'epidemiologia e sulla profilassi del tifo. Per quanto in apparenza l'argomento sia noto, la trattazione dell'A è interessante, perchè riunendo sistematicamente i fatti che si conoscono in proposito, addita i mezzi per intraprendere nel modo più proficuo la lotta contro questa malattia, di cui la frequenza indica scarsa educazione igienica di una nazione. Fra le molte nozioni pratiche a cui l'A. accenna vi è quella del pericolo

d'infezione a cui si espongono coloro che praticano l'esame d'urine di un tifoso, senza prendere quelle precauzioni, che, abituali per un batteriologo, sono trascurate dalla maggior parte.

Sono esposte inoltre diverse esperienze personali dell'A. sulla resistenza di bacilli del tifo e sulla disinfezione delle vasche da bagno, che

Il libro che rispecchia fedelmente la qestione al momento attuale, costituisce una buona guida pratica per quanti si occupano dell'argomento.

fil.

APERLO G. *La gangrena gassosa o enfisematica.* Un vol. in-8° di oltre 200 pag. — L. Cappelli, ed., Bologna. Prezzo L. 15.

Questo lavoro in cui viene esposto lo stato attuale delle conoscenze sulla patologia e sulla clinica dell' infezione gangreno-gassosa, è uno dei pochi contributi italiani sull'importante malattia, che ha fatto tante vittime.

Esso è stato scritto nel 1918 e solo da poco è stato pubblicato.

Per uno studio più completo della questione, l'A. caldeggia l'istituzione di batteriologi con l'incarico speciale di approfondire gli esami.

Le conclusioni principali sono le seguenti:

Le cause della gangrena sono da riferirsi al B. perfringens, al vibrione settico, al colibacillo, aiutati dalla scarsa resistenza organica dell'individuo. La terapia è essenzialmente chirurgica, eventualmente coadiuvata da prodotti vaccino o siero-terapici.

r. s.

C. LLVD MORGAN. *Eugenics and Environment.* Un opusc. in-16 di pag. 82. Londra, John Bale, Sons & Danielsson Ltd., 1919. Prezzo s. 2.

In questo studio, condotto col rigore matematico e coi criteri della biometrica, l'A. indaga le correlazioni possibili tra ereditarietà e variazioni individuali, esprimendole in forma di funzioni, valendosi largamente del calcolo delle probabilità; egli interpreta il mendelismo, i caratteri emergenti ed acquisiti, la selezione, l'influenza dell'ambiente, tentando di stabilire dei rapporti di condizionalità e di causalità; fa apprezzare tutta l'importanza sociale di questi nuovi studi nel campo dell'eugenica.

R. B.

L. FIAUX. *E. Gaucher et la protection de la femme.* 1 vol in-8° di pag. 170, con ritratto. Parigi, Libreria Félix Alcan, 1919. Prezzo fr. 5.50.

Il prof. Gaucher, morto a Parigi il 15 gennaio 1918 a 63 anni, aveva spiegato una grande attività a favore della tutela delle minorenni, della difesa contro le malattie intersessuali, della ricerca della paternità (che venne ripristinata in Francia nel 1912), dell'abolizione della polizia dei costumi. Egli aveva esposto le sue idee in una serie di memorie notevoli, che il dott. Fiaux raccoglie in questo volume, nel quale espone ed illustra tutta l'opera scientifica, sociale e legale del Gaucher in questo campo e raccoglie la bibliografia completa dell'eminente medico moralista.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALOI VINCENZO: Lo studio di un nuovo antisettico (Contributo batteriologico e clinico. — Napoli 1918.

RONDONI PIETRO e BELLINI ALBERTO: Su di una piccola epidemia di gozzo nella campagna Fiorentina. — Firenze, 1919.

SPALLICCI ALDO: Il « De Morbis Puerorum » di Gerolamo Mercuriale. — Firenze, 1919.

RAMOINO G. B.: Un'ora di educazione antitubercolare al Sanatorio Militare di Nervi. — Genova, 1919.

BELLEI GIUSEPPE: Alcune considerazioni intorno all'influenza. — Bologna, 1919.

FERRI ANDREA: Frattura della clavicola seguita da speciale complicanza. — Milano, 1919.

CACCIA FILIPPO: Sull'efficacia della profilassi specifica e chirurgica del tetano nella campagna Italo-Austriaca. — Aquila, 1919.

GRASSI ERNESTO: Brefotrofio Provinciale di Milano. Relazione generale per l'anno 1918. — Milano, 1919.

MARCHETTI BRUNO: Edemi duri traumatici provocati degli arti, loro cura coi raggi ultravioletti. — Recanati, 1919.

CANDIA EMILIO: Gangrena del ghiande. — Napoli, 1919.

VOLPI GHIRARDINI G.: Sulla pellagra in Friuli dopo l'invasione. — Firenze, 1919.

FERMI CLAUDIO: La lotta contro la malaria mediante la grande e piccola bonifica e la disinfezione idro-aerea antianofelica. — Roma, 1919.

FERRARINI GUIDO: Sulla terapia delle fistole del dotto di Stenone ed in particolare sull'operazione di dissinnervazione della parotide proposta dal Leriche. — Siena, 1919.

RONCHETTI VITTORIO: Terapia dell'influenza. — Milano, 1919.

TOMMASI LODOVICO: Contributo alla conoscenza delle dermatosi provocate nei militari. — Milano, 1918.

Associazioni dei Cavaliari Italiani del Sovrano Ordine Militare di Malta per il servizio sanitario in guerra. Campagna nazionale 1915-1918. — Roma, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La crisi del Corpo Sanitario Militare.

Sappiamo che il professor Luigi Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, ha indirizzato al Ministero della guerra una lettera, nella quale dichiara che, date le attuali condizioni che vengono fatte ai medici militari, egli non si sente autorizzato a consigliare, d'ora in avanti, ai giovani medici d'intraprendere la carriera sanitaria militare.

Da ciò al boicottaggio dei futuri concorsi ad ufficiale medico effettivo, può non esservi che un passo.

Sta di fatto che — a differenza di quanto avviene in tutte le altre Nazioni civili — al medico si va facendo, nel nostro Esercito, una situazione indecorosa ed insostenibile, tanto dal punto di vista morale, quanto da quello materiale.

Lasciando da parte il sentimentale argomento che gli ufficiali medici nella guerra hanno avuto larghe percentuali di morti, feriti e decorati e che non meriterebbero certo, sotto questo titolo, il trattamento che loro viene fatto, occorre considerare che un vero e proprio interesse di Stato — ciò che non dovrebbe sfuggire agli alti papaveri della burocrazia militare — consiglia di organizzare un corpo di medici scelti e valenti, così per compiere gli apprezzamenti medico-legali, come per una efficace tutela della salute del soldato; non solo, ma l'utilità di avere buoni medici costituisce interesse addirittura sociale in senso lato, poichè la salute dell'Esercito si ripercuote su tutta la Nazione, dalla quale esso si alimenta; d'altra parte in molti casi i medici militari debbono intervenire per prestare forme di assistenza sanitaria civile, che sono vere funzioni sociali. La loro opera è integrata, naturalmente, dalla C. R. e da altre associazioni di soccorso, che però rappresentano solo un utile complemento.

Al corpo sanitario militare competono dunque alte mansioni.

Ma esso — come giustamente osserva il professor Lustig in un suo recente articolo — non può, così com'è, condurre vita prospera e fattiva; quindi si deve migliorarlo o sopprimerlo.

Per avere un'idea del trattamento fatto agli ufficiali medici, basti considerare che, mentre in tutti gli altri corpi si sono avuti notevoli miglioramenti nella carriera, quello dei medici è rimasto stazionario, per una completa paralisi di ogni promozione, e, salvo poche fortunatissime eccezioni, la maggior parte degli ufficiali medici ha in ciascun grado un'età molto superiore a quella degli ufficiali delle altre armi e corpi.

Ciò a prescindere dalla minorazione di tre maggiori generali e di un tenente generale, che si è voluta infliggere al corpo sanitario militare.

A parità di grado, poi, le tanto strambozzate indennità professionali, che dovrebbero almeno risarcire al medico le spese fatte per studiare e laurearsi, si riducono ad una vera e propria derisione: infatti le 1500 lire d'indennità professionale annue sono, negli altri corpi ed armi, equiparate e talora anche superate da altre forme d'indennità: per es. dall'indennità di cavallo (che viene intascata quasi completamente dall'ufficiale, poichè il foraggio, lo stallaggio, lo stalliere, ecc., sono forniti gratuitamente). Al medico invece l'indennità cavallo è stata tolta, insieme al cavallo, che pure rappresentava un certo vantaggio!

Sicchè l'indennità professionale, data in queste condizioni, corrisponde ad una vera e propria mistificazione!

Della questione, che è non solo d'interesse per i medici militari, ma di dignità per tutti i medici, torneremo presto ad occuparci. L.

Cronaca del movimento professionale.

Sulla legge per l'assicurazione statale contro le malattie.

Sono stati approvati i seguenti ordini del giorno:

« I Medici Liberi Professionisti di Milano e Provincia,

radunati nuovamente in assemblea generale per discutere intorno alla promulganda legge sulle assicurazioni contro le malattie;

plaudono unanimi alla Presidenza dell'Associazione per l'assidua azione fin qui svolta per la tutela degli interessi dei medici professionisti;

dichiarano che non essendo possibile una ulteriore ed esauriente discussione sull'argomento finchè lo schema del progetto non sarà fatto conoscere nel testo preciso alla classe medica che unanime lo reclama;

si affidano completamente alla Presidenza della Associazione e le dànno pieno mandato perchè voglia coi mezzi che più riterrà idonei sostenere in qualunque sede le ragioni di ordine morale e materiale dei medici liberi professionisti di fronte alla promulganda legge sulle Assicurazioni contro le malattie per raggiungere l'attuazione dei legittimi voti della Associazione, *col*

criterio preciso che non sia superato (a proposito dell'estensione dell'assicurazione) un dato limite di stipendio tanto per i lavoratori del braccio, quanto, come giustizia vuole, per gli impiegati ».

I Medici Liberi Esercenti di Padova riuniti in assemblea — udita la relazione del Presidente in riguardo alla nuova legge sulle Assicurazioni obbligatorie — deplorando che una Legge così importante che determina tutto un nuovo ordinamento nella assistenza dei malati e muta totalmente i rapporti tra medici e clienti, sia stata formulata in un inesplicabile segreto chiamando solo negli ultimi giorni e dopo vive insistenze il rappresentante della Federazione degli Ordini dei Sanitari, si associa al vibrato ordine del giorno dei Medici Liberi Esercenti di Milano richiedendo che almeno due medici di questa categoria siano chiamati a far parte della Commissione che redigerà il Regolamento sulle Assicurazioni, riservandosi altrimenti di ricorrere a tutti quei mezzi che possono contribuire a salvaguardare i diritti dei Medici Liberi Esercenti.

Per i medici condotti.

Il 7 genn., nella sede della sezione di Roma dell'A. N. C. si è riunita la Federazione delle Sezioni della Provincia per discutere sull'azione che si sta svolgendo in seguito al Decreto di abolizione delle condotte a cura piena imposta dal Ministero dell'Interno alle Amministrazioni Comunali del Regno ed in rapporto ai miglioramenti economici.

Sono intervenuti i presidenti delle Sezioni di Roma, Civitacastellana, Frosinone, Palestrina, Viterbo e Civitavecchia.

Il prof. comm. Malusardi, presidente della Federazione della Provincia, espose con dettagliata relazione le pratiche finora svolte con la Direzione Generale di Sanità e con la Prefettura di Roma.

I Comuni della Provincia sono obbligati col nuovo anno a:

1) Provvedere senz'altro all'abolizione della condotta a cura piena, limitando l'assistenza sanitaria gratuita solo ai poveri iscritti in apposito elenco;

2) Stabilire nel nuovo bilancio lo stipendio per la sola condotta residenziale nella somma annua non inferiore a L. 6500 per ogni medico; e qualora i Comuni si rifiutassero, la G. P. A. provvederà di ufficio.

I rappresentanti delle Sezioni hanno preso nota delle assicurazioni avute dalle superiori autorità amministrative ed hanno autorizzato il presidente della Federazione a far conoscere alle stesse che qualora i Comuni si ostinassero a non voler provvedere, malgrado l'intervento dell'Autorità Prefettizia, i Medici condotti, per quanto a malincuore, saranno costretti a presentare le dimissioni in massa secondo il deliberato del Congresso di Ancona della A. N. M. C.

Capitolato per i medici condotti della provincia di Venezia.

Il giorno 1 dicembre 1919, dopo lunghe trattative durate 6 mesi, venne approvato — concordi il Prefetto, i Sindaci Mandamentali con delega di rappresentanza dei Comuni minori ed il Presidente della Sezione Provinciale Veneziana dei Medici condotti — il nuovo Capitolato, di cui le principali voci sono le seguenti:

— Condotta libera.

— Stipendio minimo L. 6000 per 500 famiglie: per ogni famiglia in più verrà corrisposta l'addizionale di L. 5.

— Tre aumenti quinquennali dello stipendio.

— Indennità di caro-viveri (L. 1200-750 per i senza famiglia).

— Indennità trasporto: L. 1800 se fatta con cavallo; L. 800 con qualsiasi altro mezzo.

— Indennità di Ufficiale Sanitario L. 400 per 300 abitanti; L. 100 in più per ogni 1000 abitanti o frazione di 1000. Trasferte retribuite alla pari dei funzionari dello Stato (ammesso il forfait consenzienti le parti).

— Nei Comuni dichiarati ufficialmente zona malarica, indennità annua al Sanitario di L. 800 estensibile anche agli Ufficiali Sanitari che pur non risiedendo in zona malarica devono in essa frequentemente recarsi.

— In caso di epidemia, obbligo al Comune di nominare altri Sanitari per coadiuvare il Medico Comunale.

— Il Medico Comunale incaricato della Direzione dell'Ospedale di Isolamento avrà un compenso giornaliero di L. 15.

— Assicurazione sugli infortuni professionali a carico del Comune: L. 10 giornaliere in caso di malattia; L. 30000 in caso di morte o di invalidità permanente.

— Locale di ambulatorio a carico del Comune anche per la manutenzione, pulizia, riscaldamento, ecc. Obbligo agli ammalati ambulanti di recarvisi.

— Agli abbienti applicazione della tariffa minima dell'Ordine.

— Licenza annuale di giorni 30, cumulabile per un biennio per ragioni di studio.

— In caso di collocamento in aspettativa: stipendio intero per i primi sei mesi; metà per i successivi.

Per le perizie medico-legali penali.

La Federazione degli Ordini dei medici ha approvato la relazione elaborata dal dott. G. Massari sui miglioramenti da apportarsi ai compensi delle perizie medico-legali nei procedimenti penali. Le principali conclusioni, che sembrano molto modeste, sono le seguenti:

1. — Per ogni visita compresa la relazione di perizia, lire dieci.

2. — Per perizia di cadavere, lire venti.

3. — Per sezione di cadavere, lire cinquanta, e se preceduta da esumazione, lire sessanta.

4. — Le trasferte di viaggio in prima classe.

5. — Per ogni giornata di permanenza fuori di residenza, indennità di lire venticinque.

6. — Per ogni assistenza a dibattimento, esami testimoniali, interrogatorio di imputati, ecc., compenso a rata di vacazioni di lire dieci ognuna con limite di quattro vacazioni per giornata.

7. — Per le perizie che importano ricerche, indagini e lungo lavoro intellettuale, abolito il compenso di vacazioni; ma istituito compenso che, sopra dati limiti, dovrà essere approvato dal Consiglio dell'Ordine dei medici.

Gli ufficiali medici in congedo.

Il Ministero della Guerra ha stabilito che entro il 10 febbraio p. v., sieno collocati in congedo gli Ufficiali medici appartenenti alle classi 1891 e 1892.

Possono essere esclusi dal congedamento quegli Ufficiali inferiori medici che chiedano di rimanere, qualora l'opera loro sia riconosciuta necessaria e sempre che i detti Ufficiali non abbiano obblighi precedenti con amministrazioni civili, comuni e provincie

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Trasferimento degli Ufficiali medici di complemento della R. Marina nel servizio attivo.

La *Gazzetta Ufficiale* del 22 dicembre 1919 pubblica il seguente decreto:

Art. 1. — Fino a sei mesi dopo la conclusione della pace i capitani ed i tenenti medici di complemento della R. marina potranno, in seguito a concorso per titoli, essere trasferiti nel ruolo degli ufficiali in servizio attivo permanente.

Essi non dovranno aver superato, alla data di notificazione, l'età rispettivamente di 35 e 32 anni.

Art. 2. — Il trasferimento nel ruolo effettivo avverrà col proprio grado ed anzianità.

I tenenti medici inscritti nel ruolo di complemento in seguito a dispensa dal servizio attivo permanente, riacquisteranno quella maggiore anzianità che essi avessero eventualmente perduta con la nomina ad ufficiale effettivo.

Art. 3. — I capitani medici di complemento, vincitori del concorso, saranno classificati dopo i pari grado in servizio attivo permanente.

Art. 4. — Gli attuali tenenti medici in servizio attivo permanente riacquisteranno l'anzianità di grado che avevano all'atto del loro passaggio dal ruolo di complemento, e avranno diritto a conseguire, anche con effetto retroattivo, la promozione al grado superiore, qualora questa fosse stata già conseguita da pari grado di complemento di minore anzianità relativa.

Art. 5. — Sulle domande dei capitani e tenenti medici di complemento, concorrenti al trasferimento nei ruoli effettivi sarà chiamato a dar parere il Consiglio Superiore di marina, costituito in Commissione di avanzamento.

Art. 6. — Il numero dei capitani e dei tenenti medici di complemento che potranno essere trasferiti in servizio attivo permanente in base al presente decreto non potrà essere complessivamente superiore a trenta.

La Giunta del Consiglio Superiore di Sanità.

Si è riunita presso il Ministero dell'interno e sotto la presidenza del Consiglio Superiore di Sanità, senatore prof. Camillo Golgi, la Giunta del Consiglio stesso.

La Giunta ha emesso parere favorevole circa la proposta di modificazione dell'art. 27, comma 3, del regolamento 12 agosto 1911, n. 1022, per la esecuzione della legge 10 luglio 1910, numero 455, sugli Ordini dei Sanitari in senso di consentire al Presidente degli Ordini dei Sanitari di farsi sostituire da altro componente del Consiglio Amministrativo dell'Ordine in seno al Consiglio Provinciale di Sanità.

Nella stessa riunione fu provveduto alla nomina dell'Ufficio per lo scrutinio delle schede per la elezione dei roppresentanti degli Ordini dei Sanitari nel Consiglio Supremo di Sanita, designando allo scopo: l'avv. senatore Calcedonio Inghillèri, il procuratore generale presso la Corte di appello di Roma od un suo rappresentante, e l'ispettore capo di sanità militare, od un suo rappresentante.

Infine furono trattati diversi affari di ordinaria amministrazione.

Pubblicheremo prossimamente:

G. GAGLIO: « Ricerche farmacologiche sulla digitale purpurea coltivata ».

F. SABATUCCI: « Le paraplegie nella malaria ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8079) *Congedo per motivi di salute.* — Dottor A. P. da R. Durante il congedo straordinario per motivi di salute non possono essere aggravate le condizioni economiche del sanitario e perciò egli deve durante il medesimo ricevere l'intero stipendio, spettando al Comune sostenere anche la spesa di eventuale supplenza. L'art. 29 citato nel quesito n. 8038 è del regolamento generale sanitario approvato con R. decreto del 19 luglio 1906, n. 466.

(8080) *Stipendio ai medici condotti - Aumenti.* — Dott. A. K. da A. Attualmente non Le compete che la sola indennità caro-viveri, rappresentata dalla somma di lire 65 mensili se celibe e di lire 100 se ammogliato, oltre cent. 85 al giorno per ognuno dei figli, oltre i primi tre. La Giunta Provinciale amministrativa è pero autorizzata, in forza dell'articolo 26 della legge sanitaria, a concedere loro non solo l'aumento proporzionale sullo stipendio, calcolato in ragione del 30 % sulle prime lire 2000, del 15 % sulle seconde lire 2000 e del 10 % sul rimanente, ma anche lire 1200 annue stabilite per gli impiegati governativi. Allorchè saranno detti aumenti concessi, lo stipendio che attualmente gode, detratte le lire 450 per spese trasporti, sarà accresciuto così:

Stipendio base	L.	4,550.00
Indennità caro-viveri	»	100.00
Aumento del 30 e 15 %	»	905.50
Aumento di L. 1200	»	100.00
Totale	L.	5,655.50

(8082) *Medico consorziale - Stabilità.* — Dottor F. R. da S. G. L. Costituendosi il Consorzio, deve procedersi alla nomina del medico consorziale mediante concorso. Ella perderebbe il suo diritto acquisito per la stabilità in quanto cambia l'Ente presso cui serviva, che da Comune diviene Consorzio.

(8084) *Revisione degli organici sanitarii.* — Dott. M. A. da B. Non possiamo indicarle la tariffa che potrà porre in vigore per le visite agli agiati, perchè per far ciò occorrerebbe conoscere molti elementi locali e circostanze di fatto, che sfuggono a chi non si trova sul posto. Non può da sè stessa abolire la cura piena, ma occorre attendere che lo determini la G. P. A. Se il Comune non compilerà a tempo debito l'elenco dei poveri, può fargli notificare regolare diffida di compierlo entro determinato termine sotto comminatoria di rivalsa dei danni che da tale negligenza potrà risentire il suo libero esercizio professionale.

(8086) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. B. da R. Non può far citare il Comune per non aver finora concesso l'aumento del 30 % sullo stipendio, nè per non aver accordato l'altro aumento di lire 100 portato dal D. R. del 19 giugno ultimo, in quanto che l'uno e l'altro aumento erano facoltativi, non obbligatorii. Il D. R. del 16 ottobre ultimo, n. 1960, non è applicabile ai medici condotti. Essi restano sotto la salvaguardia dell'art. 26 della legge sanitaria per cui la G. P. A. è autorizzata a concedere l'uno e l'altro aumento ed anche altri di maggiore entità, sempre che sieno richiesti dalle circostanze locali e compatibili con le condizioni economiche dei Comuni.

(8087) *Elenco dei poveri - Criteri per la sua formazione.* — Dott. C. C. da T. Non vi sono criterii precisi per la inclusione delle famiglie nell'elenco dei poveri, dipendendo essi da speciali condizioni demografiche locali che non li rendono applicabili ad ogni posto. La Giunta comunale, inteso il medico condotto, valuterà la entità economica di ogni singolo individuo e deciderà circa la di lui inclusione nell'elenco dei poveri.

(8088) *Aumento di stipendio - Sessennio.* — Dott. E. M. da R. Poichè il sessennio non era ancora maturato quando il Consiglio comunale concesse l'aumento del 30 % sullo stipendio, non si può pretendere che anche il sessennio sia egualmente accresciuto. Crediamo però che la misura del sessennio debba essere basata sullo stipendio già aumentato del predetto 30 %. Il contributo mensile verso la Cassa di previdenza è rimasto immutato.

(8089) *Aumento assegno - Ufficiale sanitario.* — Dott. S. P. A. da L. All'ufficiale sanitario non compete indennità caro-viveri perchè non è impiegato comunale. Crediamo però ad esso applicabile, come è stato recentemente ammesso per i medici condotti, la competenza assoluta della G. P. A. per accordare equi aumenti sulla indennità che attualmente percepisce, in base all'art. 26 della legge sanitaria.

(8090) *Aumento di stipendio - Condotta piena.* — Dott. P. T. da V. L'aumento del 30 % ai medici condotti deve decorrere dalla data della relativa deliberazione della P. G. A. I medici condotti, circa gli eventuali aumenti di stipendio, restano sotto la salvaguardia della G. P. A. che è autorizzata a concederli in misura eguale a quelli concessi agli impiegati governativi. Non si può di fatto sopprimere la condotta piena se tale soppressione non sia deliberata dal Consiglio comunale.

(8091) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Dottor G. A. R. da A. della R. A noi pare che Le spetti la nomina a vita, non ostante che la rinunzia al posto di medico condotto avvenga ora e non sia coeva alla accettazione dell'incarico di ufficiale sanitario. Ad ogni modo Ella potrebbe rivolgersi direttamente al dott. Grassi, cui formula il quesito.

(8092) *Cassa pensioni - Esercizio professionale.* — Dott. C. G. da V. L'inscrizione alla Cassa di previdenza è continuata ininterrotta durante il servizio militare, avendo Ella sempre pagati i relativi contributi, al medico condotto non spettano compensi speciali per la prestazione d'opera a lesioni traumatiche personali, dovendo queste essere trattate alla stregua di ogni altra infermità naturale.

(8093) *Indennità caro-viveri - Impiegati Opere Pie.* — Dott. B. P. da P. Agli impiegati delle Opere Pie non compete per legge indennità caro-viveri nè altro qualsiasi aumento di stipendio.

(8094) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. L. D. V. da P. Al medico condotto compete l'indennità caro-viveri in base al D. L. del 3 marzo 1919, n. 338. Inoltre la G. P. A. in base all'art. 26 della legge sanitaria è autorizzata a concedergli gli aumenti previsti dai D. L. del 10 febbraio 1918, n. 107, e 19 giugno 1919, n. 973.

Il primo decreto relativo alla indennità caro-viveri gli accorda lire 100 mensili se ammogliato e lire 65 se celibe; il secondo gli accorda l'aumento del 30 % sullo stipendio ed il terzo quello di annue lire 1200, salvo dettagli che si possono rilevare dal testo dei suddescritti decreti.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. I. C. da M.:

Il suo caso è stato quello di tutti i laureati in medicina e chirurgia che non avevano grado militare e che quindi sono stati assunti in servizio come militari laureati in medicina e chirurgia, ed il conferimento del grado di capitano datole poi evidentemente pei suoi titoli non poteva aver effetto retroattivo.

Nulla quindi di illegale nel trattamento che le è stato fatto.

All'abb. n. 6787:

Non mi risulta che, come Ella dice, molti medici militari si trovino già in aspettativa per due anni per riduzione di quadri, e quindi con 4/5 di stipendio. Mi risulterebbe invece che tal forma di aspettativa non sia stata per ora concessa a nessuno, sebbene molti ne abbian fatto domanda.

Ritengo poi che, insistendo nella sua domanda di aspettativa senza assegni, per gravi motivi privati, il Ministero non potrà ulteriormente negargliela. G. M.

Servizio medico ferroviario. — All'abb. 6158:

Se ella è titolare di un reparto ferroviario, la cui residenza nell'organico dei reparti medici, è fissata in una località diversa dal centro di Arezzo, non può ottenere il trasferimento in uno dei reparti la cui residenza è fissata in detta città.

a. a.

CONDOTTE E CONCORSI.

MILANO. *Scuola Infermiere Professionali « Principessa Jolanda ».* — Concorso a direttore chirurgo, per titoli ed eventualmente esami, fra i medici chirurghi residenti in Milano; indennità di L. 2000 annue, oltre speciali compensi di partecipazione. Scad. 31 gennaio. Attitudine all'insegnamento. L'essere ufficiale di C. R. costituisce titolo di preferenza.

PELLESTRINA (*Venezia*). *Ospitale Civile.* — Medico-chirurgo-direttore; a tutto 15 febbraio; lire 4000, oltre il caro-viveri, abitazione annessa all'Ospedale, proventi di laboratorio, eventuale assegno di circa L. 1000 per supplenza dei sanitari del Comune ed emolumento per uff. san. Biennio di prova. Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina.

THIESI (*Sassari*). — Condotta pei poveri; L. 5500 lorde. Scadenza 12 febbraio, documenti di rito. Capitolato visibile in segreteria.

TORINO. *R. Università.* — Concorso al premio triennale Simone Fubini di L. 782.37 per il miglior lavoro di materia medica presentato da uno studente iscritto all'università e in difetto da un laureato della stessa università da non più di tre anni. Scad. 31 luglio 1920.

Capitano medico R. Marina, laureato Napoli con lode luglio 1914, avente molta pratica ricerche laboratorio e batteriologia, cerca posto ospedale, sanatorio, ecc., anche all'estero. Parla bene l'inglese e il francese.

Scrivere a « Tessera riconoscimento R. Marina 004581. Posta, Napoli ».

Sanitario ottimi titoli, lunga pratica, versato a preferenza in chirurgia, cerca interinato in Comune sprovvisto di titolare, oppure posto fisso in Ospedale. Dott. Enrico Melone, Caserta.

Diffide e boicottaggi.

La Presidenza della Sezione Ferrarese A. N. M. C. avverte che, appartenendo la Sezione alla *Federazione Emiliano-Romagnola,* tutti i concorsi per condotte medico-chirurgiche già indetti o che eventualmente venissero pubblicati in Provincia di Ferrara, restano *diffidati,* sino a che non sarà approvato dai Comuni e dalle Autorità tutorie sedenti nel territorio della Federazione il nuovo capitolato modello.

Il Consiglio Direttivo della Sezione Modenese A. N. M. C. *diffida* il concorso per due posti di medico condotto nel Comune di Pavullo nel Frignano: 1° Perchè lo stipendio iniziale è di lire

4500 lorde; 2° Perchè l'indennità cavallo è di lire 1500; 3° Perchè non si sono considerate le altre condizioni del capitolato unico della Federazione Emiliano-Romagnola.

Perciò si invitano tutti i Colleghi a non concorrere od a ritirare i documenti se, eventualmente, avessero già concorso

Tutti i Colleghi sono pregati a non accettare intanto gli interinati se non con la diaria di lire 40 non compreso il mezzo di trasporto.

MEDICINA SOCIALE.

Come assistere gli invalidi di guerra per tubercolosi.

(E. LEVI. *Boll. Federaz. Naz. Comit. di Assist. Militari* ecc., 12 dic. 1919).

La guerra ci ha lasciato la triste eredità di falangi di invalidi sia per mutilazione che per malattia, cui la legge 25 marzo 1917 ha assicurato protezione ed assistenza perenne per mezzo dell'Opera Nazionale da essa creata.

Fin dagli inizi della guerra però il pietoso interessamento del pubblico si è sopratutto rivolto, com'è facilmente comprensibile, agli invalidi mutilati, la cui evidente menomazione s'imponeva alla pietà del paese tutto.

Gli invalidi per malattia, infinitamente più numerosi, non poterono che parzialmente essere curati in istituti specializzati in senso tecnico-medico; i provvedimenti di pensione per questi malati furono concessi, anzi strappati a poco a poco, e sanzionati da molteplici provvedimenti legislativi, spesso ignorati anche da coloro che dovrebbero beneficiarne.

Nella massa degli invalidi per malattia, è *relativamente* privilegiata la categoria dei tubercolosi; ma la condizione morale e materiale che loro si è fatta, è ancora in stridente sperequazione con quella degli invalidi per mutilazione.

L'assistenza medica ai tubercolosi di guerra non è stata fin dall'inizio quale avrebbe potuto essere: moltissimo fu fatto dalla Sanità civile, dall'Amministrazione militare e dalla Croce Rossa, ma gli istituti specializzati (sanatorii, ecc.) non s'improvvisano, e sopratutto non s'improvvisa il personale tecnico, dirigente e di assistenza, che in Italia non esisteva: e di tale fondamentale deficienza si è risentita, purtroppo negativamente, tutta la iniziale campagna antitubercolare.

Non si è curato abbastanza il benessere fisico e morale del tubercoloso: questi non ha appreso perciò ad amare il sanatorio, di cui non gli si è saputo far capire l'utilità individuale e sociale, sì che tali malati hanno fatto di tutto per sfuggire alle cure e, appena rimessi in condizione discreta, sono rientrati nella compagine del paese a seminarvi non solo il contagio ma anche la diffidenza contro gli istituti sanatoriali.

Ci serva questa esperienza negativa di ammaestramento pel futuro e si pensi che meravigliosa opera di propaganda nel campo incolto dell'igiene sociale avrebbero potuto esercitare le migliaia di reduci tubercolosi se fossero usciti dagli ospedali e dai sanatorii con la loro mentalità trasformata da una opportuna educazione.

Nei concentramenti di mutilati, in ogni regione d'Italia, esistevano scuole di ogni grado, che furono frequentate da schiere di invalidi.

Nulla (o quasi) di simile si è fatto per gli invalidi per malattia, e ciò è tanto più inescusabile, in quanto il morale del malato è sempre assai più depresso di quello del mutilato, il quale sente che la sua menomazione è ormai definitiva, stabilizzata ed immutabile, mentre il malato (tubercoloso, malarico, ecc.) è sempre insidiato da minacciose ricadute. Inoltre il mutilato, dopo la guarigione chirurgica per lo più pronta in giovani sani, riacquista un assoluto benessere fisico e con ciò quella *joie de vivre* che è ignota ai malati in genere e ai tubercolosi in ispecie.

Ma a ciò non si limita la sperequazione tra invalidi malati e mutilati; questi ultimi, nelle scuole di rieducazione, furono indirizzati naturalmente ai mestieri per loro più adatti.

Identiche, anzi maggiori cure si sarebbero dovute avere nell'indirizzare i tubercolosi alle attività per loro compatibili, insegnando quali occupazioni sono invece perniciose (per es.: mestieri implicanti esercizi violenti, specialmente degli arti superiori, o la permanenza in ambienti polverosi) e quali invece preferibili; mettendoli, infine, in condizione di apprendere e prescegliere questi ultimi attraverso ad una vera e propria rieducazione.

Tale rieducazione sistematica dovrà svolgersi per l'avvenire nei sanatorii di pari passo con un accuratissimo insegnamento igienico: altrimenti i nostri reduci tubercolosi si elimineranno a poco a poco tutti (per colpa nostra), poichè, persistendo in sistemi di vita per loro inadatti, ricadranno fatalmente ed infine soccomberanno a quella mutilazione dei loro polmoni, che ha prolungato per loro, nel tempo, l'orrore della battaglia.

A molte migliaia sommano ormai gli invalidi mutilati collocati nei pubblici impieghi e nei mestieri, sia dall'Opera Nazionale, che dalla Federazione, nonchè dall'Associazione tra mutilati e dai Comitati e Rappresentanze provinciali.

Invece i tubercolosi in fase (sia pur lieve) di attività, non si possono collocare nei pubblici

impieghi, nè in aziende industriali, perchè essi sono temuti ed evitati (giustamente) a causa del possibile contagio. Se leggermente malati, o non riconosciuti tali, sono invece ammessi, e questo è anche peggio, perchè allora seminano indisturbati il contagio.

Converrà dunque necessariamente riprendere *ab imis fundamentis* lo studio di questo problema.

Nel Consiglio dell'O. N., tenuto in ottobre scorso, il Levi espose questa necessità; il comm. A. Lutrario rispose riconoscendo in tesi generale l'importanza del problema, ed i speciali doveri dell'O. N., obbligata dalla legge a trattare gli invalidi per malattia con altrettanto riguardo come gli invalidi per mutilazione: soggiunse però esser desiderabile di rimandare di qualche poco le decisioni sui mezzi e modi con cui l'O. N. potrà intervenire, essendo attualmente in corso importanti trattative tra la Sanità pubblica, la Sanità Militare e la Croce Rossa, per la delimitazione delle rispettive sfere d azione in questo campo, in cui l'O. N. potrà e dovrà collaborare attivamente, come ha già fatto in Francia il corrispondente *Office national des mutilés*.

Di fronte a tale giusta obbiezione, attendiamo fiduciosamente che ad una così necessaria intesa si venga rapidamente, per compensare gli invalidi malati in genere, e i tubercolosi in specie, di quello che per loro non si è potuto, per forza maggiore, fare in primo tempo.

In questo campo preziosa potrebbe essere la collaborazione tra O. N. e Croce Rossa, cui pare verrà affidata l'organizzazione e direzione degli Istituti sanatoriali.

In questi dovrebbero essere organizzate vere e proprie scuole di rieducazione per tubercolosi, adattandoli cioè ai lavori per loro possibili e utili: il tutto naturalmente sotto il necessario controllo medico specialistico.

In Italia si è seguito per ora pedissequamente il tipo tedesco della cura sanatoriale, che ha per base il riposo assoluto, spinto talora ad esagerazioni di tipo prettamente teutonico.

Di fronte a questo metodo, è poco noto in Italia quello americano, che si fonda invece sulla tonificazione del malato con ogni possibile forma di esercizio fisico, ed anche in tal via si arrivò ad esagerazioni, a nostro avviso, riprovevoli.

La verità sta probabilmente nel mezzo: un modico esercizio, sanamente graduato e controllato, riesce utile in tutti i casi lievi, sopratutto se il lavoro (all'aperto) è gradito al malato, non è cioè un vano succedersi di movimenti, ma un vero lavoro produttivo, cui il malato si interessa intellettualmente e materialmente.

Qualche tentativo in tal senso fu fatto in alcuni nostri sanatori militari e civili, ma nulla vi fu nè vi è di organico e continuativo; ed a questa grave lacuna potrebbe facilmente porre riparo l'Opera Nazionale, d'accordo colla Croce Rossa e con quelle altre istituzioni pubbliche che eserciteranno istituti sanatoriali.

All'estero qualcosa si va facendo. L'A. riferisce *in extenso* un rapporto del dott. G. Roux, sulla Scuola rurale di riadattamento per tubercolotici a Campagne-les-Bains in Francia (*Presse Médicale*, 1919, n. 61, pag. 377), ed il riassunto di un articolo pubblicato da Varrier-Jones, sulla Colonia per tubercolotici di Cambridgeshire.

Ricordiamo inoltre l'opera di pioniere compiuta, nel campo delle *cure di lavoro* per i tubercolotici, dal Paterson, direttore del Sanatorio Brompton, in Inghilterra.

Conviene mettersi risolutamente per questa via, la sola che permetta di restituire alla Società elementi produttivi e di mettere i tubercolotici in condizione di bastare a sè stessi.

R. B.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

CROCE DI GUERRA.

Dott. Cattaneo Teresio da Cuneo. Quale ufficiale medico di sezione di Sanità, in difficili situazioni di guerra, seppe ottenere dai propri dipendenti il massimo rendimento ed in 19 mesi di permanenza in reparti di prima linea dedicava tutte le energie della sua inesauribile attività, ad ottenere i risultati migliori e più lusinghieri.

Il dott. La Greca Benigno di Santa Domenica Talao (Cosenza). Per la condotta tenuta durante 37 mesi ininterrotti di servizio, in qualità di ufficiale medico, in zona di operazione.

Al prof. dott. Cesare Ortali, maggiore medico, è conferita la medaglia d'argento al merito per i servizi prestati durante la guerra sia in zona d'operazioni sia in zona territoriale.

NOTIZIE DIVERSE.

Commemorazione di Guido Baccelli.

Il Comitato nazionale per le onoranze a Guido Baccelli, del quale fanno parte il prof. Vittorio Ascoli, presidente, il prof. Ettore Ferrari e commendator Franco Liberati, vice-presidenti, il prof. Romolo Artioli, segretario generale e l'assessore comunale Bianchi, va svolgendo degnamente il nobilissimo còmpito.

Un manifesto affisso per le vie ha ricordato il grande cittadino romano, nel quarto anniversario della sua morte.

Una solenne commemorazione dell'uomo illustre ha avuto luogo in Campidoglio la mattina del 10 corr. nella sala degli Orazi e Curiazi, in cui venne scoperto un busto del grande cittadino di Roma.

Notati tra i presenti i ministri Baccelli, Visocchi, Albricci, Sechi, Tedesco, i sottosegretari Celli, Lapegna, l'on. Tittoni, presidente del Senato, l'on. Ciuffelli, vice-presidente della Camera, il sen. Thaon de Revel, ispettore generale della Marina, il prefetto comm. Zoccoletti, il sindaco sen. Apolloni, il prof. Scaduto, rettore della Università, il col. Baduel, direttore generale della Croce Rossa, il comm. Colasanti, direttore generale delle antichità e belle arti, il sen. Fano, rappresentante l'Accademia dei Lincei, il prof. Zocchi, rappresentante l'Associazione artistica internazionale, il dott. Villa, presidente dell'Ordine dei medici, il cav. Albini, presidente dell'Ordine dei farmacisti, il conte Blumensthil, in rappresentanza dell'Accademia di Santa Cecilia, Domenico Silvestri, per l'Accademia degli Arcadi, l'ex ministro della P. I. sen. Ruffini, i generali Grazioli, Croce, Mola, l'ammiraglio Corsi, il comm. Lusignoli, commissario degli Ospedali riuniti, il comm. Torti, direttore del Policlinico, gli architetti Piacentini e Bazzani, il cav. Tadolini, autore del busto, una larga rappresentanza del Comune, numerosi rappresentanti dell'Associazione fra Romani con il suo presidente comm. Liberati, molti deputati, senatori, professori universitari ed altre notabilità.

Scoperto il busto, il sindaco senatore Apolloni ha pronunziato un discorso in cui ha esaltato l'attività multiforme e fervida del grande figlio che Roma ha voluto celebrare.

Nessuno più di lui seppe disposare nella scienza e nella politica i profondi rigorismi del vero con gli splendori del bello. Se negli ammalati seppe leggere il libro sempre vivente della natura, ponendo la scienza al servizio dell'umanità e della civiltà, nella politica vide la medicina pratica destinata a risanare le piaghe della vita civile e sociale.

In questa continua fusione di spirito si rivela tutta la vita dell'Uomo. Egli fu grande nella scienza non meno che nella politica, perchè nell'una e nell'altra fu animato da quel senso classico che spinge alle alte vette. Per lui il letto dell'ammalato, come lo scanno parlamentare, fu scuola di anatomia viva; e sull'uno e sull'altro portò sempre quello spirito pratico e positivo di osservazione diretta e sperimentazione scientifica che formò il vanto degli scienziati e dei politici italiani.

Ha parlato poi il sen. Ruffini, che ha rilevato tra l'altro le cure assidue di Guido Baccelli per lo studio della lingua italiana. Egli lo ha ricordato nella politica, depositario del testamento politico di Rattazzi, e quindi aggregatosi alla Sinistra costituzionale o storica. Baccelli non fu però così esclusivo da non pregiare i grandi delle parti avverse; ond'è che uno dei suoi migliori componimenti politici fu appunto un inno in esaltazione al conte di Cavour. Credette ai partiti, ma non fu uomo di fazioni. La sua divisa era: Principato e Libertà.

Il prof. Vittorio Ascoli ha ricordato le solenni onoranze tributate a Guido Baccelli nel 1906 e ha fatto notare che pochi uomini, forse nessuno, furono come lui onorati tre volte in Campidoglio. Avendo affermato che anche le mentalità più elette devono compiere una faticosa preparazione per riuscire, ha parlato delle lunghe ricerche che il Baccelli eseguì a S. Spirito per dieci anni e per le quali diede alla scuola medica romana quell'indirizzo di positivismo scientifico che tuttora conserva. L'oratore ha narrato quindi della pietà che improntava l'anima di Guido Baccelli. La pietà che agita un ingegno poderoso e còlto, è come un vento che scuote un albero carico di frutti. La pietà per le popolazioni rurali decimate e tarate dalla malaria lo condusse allo studio di questa infezione e lo portò alla concezione della bonifica del terreno e delle due leggi sulla bonifica dell'Agro Romano. La pietà per sua madre gli dettò gli studi magistrali sulle malattie del cuore. Numerose generazioni di giovani vennero da lui educate nell'arte della medicina e il bene che questi innumerevoli discepoli hanno fatto all'umanità sofferente costituisce uno dei più grandi meriti di lui.

Col dedicarsi alla vita politica egli allargò la cerchia della sua opera di clinico. E infatti la

concezione del Policlinico, la riforma degli esami delle Scuole medie, la Scuola popolare, il rimboschimento, le leggi per la disciplina igienica del lavoro, hanno radice nell'esperienza e nell'ideale del clinico.

L'oratore ha concluso dicendo che Guido Baccelli è apparso come un felice ritorno atavico del romano del secolo di Augusto.

È certo nella storia della medicina il clinico in cui più vasto e profondo ha vibrato il sentimento dell'umanità, un clinico degno del Campidoglio.

Tutti i discorsi sono stati calorosamente applauditi.

Con questa cerimonia le onoranze a Guido Baccelli non si intendono esaurite. Entro il mese corrente esse avranno infatti un complemento, con la inaugurazione di una lapide dettata dal sen. Marchiafava, sulla casa ove il Grande si spense, e con una popolare grandiosa commemorazione nelle Terme di Caracalla, centro di quella meravigliosa Passeggiata Archeologica dal Baccelli ideata ed attuata.

Propaganda igienica nelle Ferrovie dello Stato.

Cessate le condizioni eccezionali inerenti al lungo periodo di guerra l'Ufficio Sanitario Compartimentale di Milano delle Ferrovie ha disposto perchè siano riprese nei centri più popolati da agenti ferroviari le conferenze d'igiene e le istruzioni riguardanti i pronti soccorsi.

Sono invitati a intervenirvi gli agenti di ogni categoria, e specialmente quelli esposti agli infortuni e che hanno continuo contatto col pubblico viaggiante.

Tali conferenze saranno, come in passato, tenute dall'Ispettore principale dott. cav. Enrico Villa, in giorni ed ore prestabilite, nelle principali Stazioni dei compartimenti di Milano e Venezia.

Riforma della legge per gli infortuni sul lavoro.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni si è riunito in adunanza ordinaria di fine d'anno sotto la presidenza del senatore Ferrero di Cambiano, e ha preso atto dei soddisfacenti risultati di gestione delle assicurazioni industriali e agricole nel corrente anno.

Dopo lunga ed elevata discussione, alla quale parteciparono largamente i Consiglieri rappresentanti degli industriali e degli operai, il Consiglio Superiore della Cassa ha approvato un progetto di riforma della legge per gli infortuni sul lavoro nelle industrie, da presentare al Governo.

La Cassa Nazionale Infortuni si è valsa per questo progetto della lunga esperienza in materia, ha tenuto conto dei voti di congressi e di organizzazioni, e si è conformata a criteri di coordinamento con l'assicurazione per gli infortuni agricoli e con le altre forme di assicurazioni sociali.

Così il disegno di legge predisposto dalla Cassa Nazionale Infortuni estende il beneficio dell'assicurazione infortuni a nuove categorie di operai; comprende nell'assicurazione, oltre le indennità, l'assistenza medica, ortopedica e farmaceutica; eleva notevolmente la misura delle indennità, graduando quella per l'invalidità permanente secondo l'età degli operai, e augurando che vengano pure aumentate le attuali indennità per gli infortuni agricoli; modifica parzialmente il regime degli Istituti assicuratori e istituisce una magistratura speciale arbitrale per le controversie sulle indennità, in analogia alle Commisioni arbitrali già statuite o proposte per le altre assicurazioni sociali.

Il Congresso delle Scienze.

Si è radunato l'ufficio di Presidenza della Soc. naz. per il progresso delle scienze, composta del presidente R. Nasini, del sen. P. Volterra, del comm. Stringher, dei proff. A. Monti, G. Vacca, L. Silla, G. Abetti.

Secondo il voto unanime espresso nella riunione di Pisa si è deciso di convocare la Società nella sua undecima riunione a Trieste nel prossimo autunno. Il Congresso dovrà riuscire una affermazione del pensiero italiano e il programma comprenderà le scienze pure e applicate e il loro progresso nell'immediato futuro.

La C. R. I. per il prestito.

Il presidente della Croce Rossa Italiana, on. senatore Ciraolo, ha costituito in seno alla Istituzione un Comitato per cooperare alla buona riuscita del 6° prestito nazionale. Sono stati stabiliti dei premi di benemerenza ai sottoscrittori di forti somme pel tramite della C. R.

Per la Confederazione del lavoro intellettuale.

In conformità al voto delle Associazioni professionali e impiegati, è stata nominata una Commissione esecutiva per creare la Confederazione nazionale fra i lavoratori del pensiero. Essa è così composta: prof. Bottini, rag. Catelli, ing. De Marchi, avv. Fabbri, rag. Floriani, prof. Mirto, dottor Picolli, ing. Prevosti, avv. Valente.

Corso pratico di perfezionamento in Pediatria.

Nell'anno scolastico corrente 1919-1920 avrà luogo presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento in Pediatria per i laureati in medicina e chirurgia. Il corso s'inizierà il 28 gennaio 1920. Saranno impartiti i seguenti insegnamenti: 1. Lezioni di clinica pediatrica (professor Concetti). 2. Malattie infettive e malattie dei neonati (prof. Modigliani). 3. Esercizi di semeiotica infantile (prof. Luzzatti). 4. Dietetica e Terapia infantile in ispecie delle malattie intestinali (prof. Spolverini). Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in Pediatria.

Per essere ammesso, si deve fare domanda su carta bollata di L. 1 al Rettore della R. Università, non più tardi del 28 gennaio, presentando: *a*) Fede di nascita, debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale; *b*) Diploma o certificato di Laurea in medicina e chirugia (anche di Università estere); *c*) Quietanza di L. 200 rilasciata dall'economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 58.10 occorenti per sopratassa d'esami, di diploma, per gli esercizi di laboratorio, per bollo ed indennità. Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.50.

L'Unione medica franco-jugoslava.

Si è costituita a Parigi allo scopo: 1° di agevolare gli studi medici agli jugoslavi che si recano in Francia, fornendo informazioni e consigli, promuovendo conferenze e riunioni, organizzando missioni e istituendo borse di studio; 2° di far conoscere ai popoli jugoslavi la produzione scientifica francese, diffondendo libri, periodici, ecc.; 3° di stabilire delle relazioni dirette di collegialità tra i medici francesi e quelli jugoslavi, per mezzo delle Società scientifiche e professionali.

Il Comitato promotore dell'Unione conta il ministro del regno serbo-croato-sloveno a Parigi Vesnith, il decano della facoltà medica di Parigi Roger ed altri membri influenti; il Comitato esecutivo e di propaganda è presieduto da Abrami; l'Unione ha sede presso « La Nation Serbe en France », Boulevard Saint-Germain, 61-bis.

Nel dare la su riferita notizia nella « Presse Médicale » del 3 dicembre, R. Walter, segretario dell'Unione, rileva che questa continuerà la fratellanza militare col popolo serbo, affermatasi con la conquista di quota 1212 e della città di Monastir, e consoliderà la fratellanza medica, stretta in occasione della lotta contro il tifo esantematico durante il 1915 e continuata durante tutta la campagna d'Oriente.

Egli rileva con compiacimento che la Serbia ha potuto soddisfare le sue aspirazioni politiche, aggregandosi i popoli croati e sloveni.

Una casa del medico a New York.

Si è costituito a New York un Comitato promotore di una « Casa del medico »; esso è presieduto dal dott. Robert E. Morris. Un appello lanciato a tutti i medici dello Stato di New York li invita a concorrere efficacemente a costituire i fondi. Sono state fissate le seguenti categorie di sottoscrittori: soci annuali che versano 10 dollari l'anno; soci sostenitori e membri a vita che ne versano 100 e 500; patroni, donatori e benefattori, che elargiscono rispettivamente 1000, 2500 e 5000 dollari.

Viene organizzata una fiera, i cui introiti saranno destinati ad elevare i fondi.

La prima conferenza internazionale di medichesse.

A New York, dalla metà di settembre alla fine dell'ottobre scorso, ha avuto luogo, come avevamo già annunziato, la prima conferenza internazionale di medichesse sull'Igiene sociale, organizzata dalla Y. W. C. A. V erano rappresentate 16 nazioni: rappresentanti dell'Italia sono state le dottoresse Matilde Bonnet di Torino e Clelia Lollini di Roma.

La conferenza si è occupata di svariati argomenti riguardanti l'igiene sociale, quali l'educazione fisica del fanciullo e della giovane, la protezione della maternità, la lotta contro le malattie veneree: ha inoltre trattato problemi psichici e legali connessi all'igiene, facendo voti per l'abolizione della regolamentazione della prostituzione, per l'uguaglianza della morale sessuale nei due sessi, per la ricerca della paternità, per l'uguaglianza di diritti per i figli illegittimi.

Le delegate italiane hanno portato un notevole contributo ai lavori della Conferenza con relazioni e con il partecipare vivamente a tutte le discussioni.

I lavori della Conferenza furono completati da visite agli ospedali, agli istituti scientifici e sociali di New-Tork e delle principali città della America.

Fu presa l'occasione di tale riunione per fondare l'*Associazione Internazionale fra le medichesse* (International Association of Women Physicians).

La Scuola Medica di Pechino.

Fondata con la cooperazione di numerose istituzioni inglesi e nord-americane, è stata acquistata e riorganizzata dalla fondazione Rockefeller, che nell'ottobre scorso l'ha riaperta agli studenti cinesi.

Risulta di una scuola preparatoria e di una scuola di medicina propriamente detta. Il corso dura 7 anni, oltre un anno pratico. Lingue obbligatorie sono il cinese e l'inglese; lingue facoltative il francese e il tedesco. I programmi sono ampli e gl'insegnamenti ripartiti in trimestri.

Gli edifizi, una ventina circa, in stile cinese, occupano una vasta area.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stab. Pol. Amm. Guerra. L. POZZI. resp.

(32)

Anno XXVII — *Roma, 19 gennaio 1920* — Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONE DEL GIORNO

Sull'ENCEFALITE LETARGICA pubblicheremo nei Fasc. 2 e 3 della nostra Sezione Medica una Memoria completa del dottor *ECONOMO* di Trieste, il quale ha studiato a fondo tutti gli aspetti della recente epidemia.

Il lavoro sarà accompagnato da parecchie tavole illustrative.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Ricerche farmacologiche sulla digitale purpurea coltivata (1)

per il prof. G. GAGLIO.

La digitale coltivata, com'è noto, è in generale povera di principii attivi, a confronto della digitale che cresce spontaneamente, allo stato selvatico. E' stato però osservato che questo avviene perchè si è coltivata la digitale in terreni disadatti. La digitale, perchè sia ricca di principii attivi, ha bisogno di terreni acidi; nei terreni calcarei la pianta, secondo J. Chevalier, perde la digitossina, ma conserva la digitaleina.

Io ho esaminato la digitale coltivata qui in Roma per cura del prof. Fabrizio Cortesi e la digitale coltivata nei pressi di Avellino, in terreno vulcanico, per cura del prof. A. Trotter di quella R. Scuola di viticoltura. La digitale cresce bene in questi climi, però facilmente soffre per le intemperie e gli eccessivi calori, ed hanno visto che giova molto proteggerla, o intercalando le piante di digitale con piante di pomodoro, come hanno fatto qui nel giardino della R. Scuola di applicazione per gli ingegneri o coltivandola all'ombra dei nocciuoli come hanno fatto in Avellino.

Le foglie della digitale del 2° anno di vegetazione della pianta e raccolta all'epoca della fioritura, come prescrive la farmacopea per l'uso terapeutico, furono da me esaminate in rapporto al contenuto della digitossina e alla loro azione fisiologica. La digitossina, come è noto, è il principio più importante delle foglie della digitale, la digitalina invece si trova nei semi della pianta. La ricerca della digitossina, secondo il processo Keller, si può fare anche in una piccola quantità dell'infuso delle foglie. Questo saggio si trova anche accolto nella farmacopea elvetica, 4ª edizione.

Si agitano per alcuni minuti entro un imbuto a decantazione 10 grm. di un infuso limpido di

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia medica di Roma nella seduta del 22 giugno 1919.

foglie di digitale (1 :10) con 10 cc. di cloroformio. Si aggiunge un miscuglio di 5 cc. di etere e 5 cc. di alcool, si filtra il liquido contenente il cloroformio e l'etere e si lascia evaporare. Si scioglie il residuo in 3 cc. di acido acetico glaciale, si aggiunge una traccia di soluzione di percloruro di ferro e si sovrappone all'acido solforico concentrato contenuto in un tubo da saggio. Nella superficie di contatto dei due liquidi compare per la presenza della digitossina una zona rosso-bruna e sopra questa una zona di colore verde-azzurro che a poco a poco si diffonde verso l'acido acetico trasformandosi in azzurro-indaco.

Questo saggio da me eseguito numerose volte su diversi campioni di digitale, e fatto eseguire dai giovani studenti nei loro esercizi di farmacognosia, ha dato sempre risultati positivi ben chiari che depongono a favore sul contenuto in digitossina delle foglie della digitale purpurea coltivata.

Furono anche fatte analisi quantitive del contenuto in digitossina col metodo di Heller e Fromme, così come viene descritto da Schmidt nel suo *Trattato di chimica farmaceutica*. Grm. 28 di polvere di foglie di digitale, disseccata, vengono trattate per 3 ore con grm. 280 di alcool di 69°, agitando sovente, si filtrano quindi, attraverso un filtro di 18 cm. di diametro, grm. 207 (corrispondenti a grm. 20 di foglie), e si svapora a bagnomaria fino ad ottenere grm. 25. Questo estratto si raccoglie, lavando diligentemente con acqua, in un bicchiere graduato e si porta il liquido a grm. 222; si aggiungono quindi, agitando, grm. 25 di acetato di piombo. Di questo miscuglio vengono filtrati grm. 132 e a questo filtrato si aggiunge una soluzione di grm. 5 di solfato di soda in grm. 7 di acqua; dopo la deposizione del solfato di piombo si decantano o si filtrano grm. 130 (= grm. 10 di foglie). Si aggiungono 2 cc. di ammoniaca 10 %, e si agita 4-5 volte con 30 cc. di cloroformio per volta; si filtra la soluzione cloroformica attraverso un filtro bagnato di cloroformio, si mette in un palloncino (P) pesato e si distilla il cloroformio. Il residuo cloroformico, che rappresenta la digitossina impura, si scioglie in grm. 3 di cloroformio, e alla soluzione si aggiungono grm. 7 di etere e grm. 50 di etere di petrolio. La digitossina, che allora precipita, si raccoglie, dopo completa chiarificazione del liquido, in un piccolo filtro; il palloncino (P) e il filtro si lavano con un po' di etere di petrolio, e dopo aver fatto sgocciolare, la digitossina viene sciolta versandovi alcool assoluto bollente. Questa soluzione si fa svaporare nel palloncino (P), sul residuo si versano 5 cc. di etere, si fa svaporare l'etere, e la digitossina che resta si dissecca a bagno-maria e si pesa.

Con questo processo furono ottenuti in un campione della digitale di Avellino grm. 0,30 % di digitossina, e in un campione della digitale di Roma grm. 0,24 %. Queste cifre sono molto vicine al contenuto medio in digitossina delle foglie di digitale, che secondo alcuni autori si ammette essere 0,26 %.

Queste cifre sono molto vicine al contenuto medio in digitossina delle foglie di digitale, che secondo alcuni autori si ammette essere 0,26 %.

L'attività fisiologica delle foglie di digitale coltivata venne provata sul cuore della rana. Come è noto, è la rana temporaria che risente massimamente l'azione della digitale ed è essa che è servita per dosare con ricerche fisiologiche i principii attivi della digitale.

Io non ho avuto a mia disposizione che rane esculente, però mi sono servite bene per riconoscere l'attività fisiologica delle foglie di digitale coltivata. Le prove furono eseguite sull'animale integro nel quale veniva messo allo scoperto il cuore. Fu preparato un infuso di digitale 1 :10, e un po' di gocce di questo infuso, da 5 a 20, furono iniettate soto la pelle, ora verso i sacchi linfatici dorsali, ora verso i sacchi linfatici lombari. Dopo pochi minuti si riconosceva evidente la modificazione dell'attività del cuore: la sistole si faceva più forte e la diastole più ampia; dopo un quarto d'ora o una mezz'ora la sistole durava più lungamente e la diastole appariva incompleta; comparivano contrazioni peristaltiche del ventricolo del cuore e il cuore tendeva ad arrestarsi in sistole.

Un arresto netto sistolico in un tempo breve non si osservava di regola, perchè la rana esculenta è meno sensibile della rana temporaria, e in essa insieme con l'azione della digitossina si mostra quella della digitonina, la quale tende ad arrestare il cuore in diastole. Se dalle foglie di digitale si elimina la digitonina (estraendo la digitossina con cloroformio ed etere dall'infuso della digitale così come si pratica per eseguire la reazione di Keller), si ottiene bene distinto l'arresto sistolico in un tempo breve anche nella rana esculenta. Con queste ricerche ho potuto convincermi dell'attività fisiologica della digitale coltivata, che è per nulla inferiore alla digitale selvatica.

Restava da completare le ricerche sperimentando la digitale coltivata, al letto dell'ammalato; il prof. A. Bignami, che ho pregato di volere occuparsi di queste ricerche, ha somministrato all'ospedale di S. Giovanni le foglie di digitale coltivata, in infuso. Egli mi ha riferito di avere ottenuto degli effetti come da un'ottima digitale.

Come corollario di queste ricerche credo che sia da raccomandare, a garanzia dell'attività della digitale, che la nostra Farmacopea accolga, come

quella svizzera, il saggio di Keller della digitossina, da praticare sull'infuso della digitale.

Si potrebbe anche raccomandare di completare la ricerca chimica col saggio fisiologico iniettando nelle rane l'estratto cloroformico-etereo dell'infuso di digitale. La digitale è tal farmaco prezioso che merita ogni cura perchè ne sia assicurata al medico la buona qualità.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DEL CELIO IN ROMA,

diretto dal col. dott. U. RIVA

L'ereditarietà nelle malattie della circolazione,

per il prof. GIOVANNI GALLI
direttore dell'Osservatorio Cardiaci.

Raccogliendo l'anamnesi dei militari con malattie dell'apparecchio circolatorio, si nota con frequenza che questi, o spontaneamente o dietro domanda del medico, affermano dominare nella loro famiglia le malattie di cuore. I dati anamnestici di questi militari sono talora così spontanei e precisi nei particolari, da togliere ogni dubbio sulla loro veridicità, altre volte invece sembrano, o per ignoranza, o per erronei apprezzamenti connessivi o per motivo di simulazione, meno attendibili. Avendo io da molti anni fissata l'attenzione su questo importante punto di cardiologia, presi naturalmente interesse alla anamnesi dei militari con sintomologia cardiaca, e nel limite dei miei mezzi volli controllare le notizie raccolte sia con constatazioni personali, sia con informazioni assunte in forma privata ed amichevole, presso colleghi e conoscenti dei malati, qualche volta col tramite d'interposta persona.

Il risultato delle ricerche fu, che le notizie anamnestiche il maggior numero di volte corrispondono alla realtà dei fatti e precisamente quelle, che già si erano ritenute attendibili, in realtà risultavano essere vere. Queste constatazioni di ordine, dirò così, bellico coincidono con quanto si conosce nel campo della medicina civile. La medicina militare potrebbe, come più sotto dirò, portare alla più profonda ed ampia conoscenza di questo argomento un ben prezioso contributo.

Io ho pubblicato tredici anni or sono e aggiornato, tre anni fa (1) l'albero genealogico di una famiglia, che seguo con l'interesse di cardiologo e con l'amore di medico. Recenti notizie mi pongono in grado di ripubblicare quest'albero genealogico colla modificazione sopraggiunta, cioè della morte di Enrico, ultimo superstite della terza generazione.

Capostipite † 70 anni
(*mentre esce dalle funzioni di chiesa, cade fulminato da un'apoplessia sulla piazzetta della chiesa*)

- Enea † in giovine età (*tubercolosi?*)
- Flaminio, detto il Gigante † 51 anni (*cardiopatia*)
- Eliseo, l'unico ammogliato † 64 anni (*apoplessia*)
  - Primo figlio † 20 anni (*tubercolosi?*)
  - Giuseppe † 41 anni (*cardiopatia, polmonite*) — 1 figlio
  - Giacomo † 51 anni (*Morgagni-Adams-Stokes*) — 5 figli di cui 2 morti per *tubercolosi*, 1 affetto di *artrite tubercolare*.
  - Francesco † 51 anni (*emorragia cerebrale*) — 1 figlio
  - Maria † 40 anni (*emorragia cerebrale*) — 2 figli
  - Enrico † 45 anni (a 42 anni 1ª *emorragia cerebrale*; a 44 anni 2ª *emorragia con emiplegia*; a 45 anni 3ª *emorragia*) — 4 figli di cui tre in buona salute, mentre il 1° fu riformato per *torace cilindrico*.
- Samuele † 70 anni (*cardiopatia*)

Questa famiglia entra in quella varietà di malattie cardio-vasali ereditarie, che Huchard ha denominato: « *aortisme héréditaire* ». Si tratta di una « diminuita resistenza vasale di origine ereditaria, cosicchè in diverse generazioni di una famiglia insorge ora l'emorragia cerebrale, ora si manifestano gli aneurismi o le affezioni dell'aorta oppure le cardiopatie arteriose, ora una nefrite interstiziale ».

(1) *Il Policlinico*, Sez. Prat. 1906 — *Rivista Ospedaliera* 1916.

L'aortismo ereditario di Huchard è abbastanza frequente; le famiglie tarate per diverse generazioni non sono così rare, come parrebbe; su questo punto i medici pratici e i medici condotti, che conoscono per esperienza propria l'albero genealogico delle singole famiglie, potrebbero dare i migliori contributi.

Oltre l'aortismo vi sono due altre forme di ereditarietà cardiaca, descritte da me nel 1908 (Berliner Klin. Wochenschrift) coi nomi di *Endocardismus hereditarius e Myocardismus hereditarius*. Si tratta qui di una debolezza ereditaria dell'endocardio. e del miocardio, per cui avviene un fatto paragonabile a quello della tubercolosi ereditaria, nel senso che l'endocardio ed il miocardio non sono per sè malati, nè presentano all'esame diretto alterazioni patologiche, ma per contro possiedono una capacità funzionale ed una resistenza minori che nella comune degli uomini, per cui cause di relativo lieve momento per un individuo normale, possono in individui così avariati provocare vere malattie di cuore.

La guerra ci ha offerto una nuova prova — non necessaria del resto — dell'esistenza di queste due forme di miocardismo e endocardismo ereditario. Stanchezze cardiache, acute e croniche, insufficienze mitraliche funzionali, mortalità nelle infezioni, convalescenze protratte con sintomi miocardici, accentuata proclività ad ammalarsi di reumatismo con facile recidività e complicazioni endocardiche, vizi valvolari a rapido decorso, ecc., si sono durante la guerra verificati e furono alla portata di ogni medico. Indagando l'anamnesi di questi soldati spesso si scopre una tara miocardica ed endocardica ereditaria.

E' un fatto curioso, che il concetto di ereditarietà delle malattie della circolazione non sia così diffuso tra i medici e tanto meno fra i colleghi militari, come l'importanza anche pratica del fatto meriterebbe e tanto più poichè già vecchi autori come Morgagni, Sarac, Lancisi, Albertini, Corvisart, Kreysig, Testa, ed altri, ebbero conoscenza di questo rapporto ereditario e vi attirarono l'attenzione. Del resto, qual meraviglia, che anche l'apparecchio circolatorio risenta l'influsso ereditario, quando noi riteniamo la cosa più normale, che il figlio abbia i lineamenti, la statura, l'abito fisico e psichico dei genitori?

Persino negli animali sono stati descritti esempi di cardiopatie famigliari. Borgherini (1) ha pubblicato il caso di una famiglia di piccioni seguita per tre generazioni.

La coppia di piccioni, capostipite, dava ogni due mesi due uova, ma solamente uno di questi giungeva ogni volta a maturità I neonati vissero pochi giorni, poi morirono tutti ad eccezione di due, apparentemente in buona salute. Questi due che rappresentano la 2ª generazione, erano di sesso mascolino, e si accoppiarono con due femmine più vecchie di loro. I discendenti furono numerosi; i neonati della prima coppia morirono tutti pochi giorni dopo la loro nascita. La seconda coppia depose 2 uova ogni due mesi, ma uno solo giungeva a maturità ed i neonati morirono tutti, 6, 8, 10 giorni dopo la nascita ad eccezione di uno che si sviluppò normalmente senza mostrare segni di malattia. All'autopsia si trovarono gli organi turgidi di sangue venoso, il cuore destro sfiancato, pieno di coaguli, il forame di Botallo ancora aperto, per cui durante la vita la corrente del sangue si dirigeva dall'atrio sinistro al destro. La morte dei piccioni era avvenuta per tale motivo.

Fatti curiosi di ereditarietà si sono osservati anche nel campo della funzione cardiaca. Per diverse generazioni nei membri di una stessa famiglia sono state descritte le extrasistoli cardiache, anche in giovane età. Io ho osservato la tachicardia parossistica in un padre e due sue figiuole. Niente del resto è più facile a notare del cardiopalmo in più membri della stessa famiglia. L'esperienza militare mi ha confermato questo rapporto ereditario. Persino la bradicardia può essere ereditaria. Wenckebach parla, per es., di una famiglia, nella quale padre, madre, e 4 ragazzi, pur essendo la loro capacità funzionale cardiaca superiore alla norma, presentavano un'azione bradicardica; spesso il loro polso stava sotto 50 per minuto. I ragazzi avevano già spaventati i loro medici per l'eccezionale bradicardia, che scendeva 40-44 polsi per minuto.

Con simili disturbi funzionali si manifesta quella forma, che io ho chiamato di « *myocardismus hereditarius* » la quale, si noti bene, non è ancora la miocardite, come il meningismo non è la meningite. Si tratta per lo più di giovanetti, che diventano dispnoici per una fatica anche modica, che accusano facile cardiopalmo, che vengono presi da frequenti lipotimie, ed in confronto dei loro coetanei non reggono all'esercizio fisico prolungato.

Pur non esistendo vizi organici delle valvole, il rendimento funzionale cardiaco, e la forza di riserva sono inferiori alla norma. Coll'esame obiettivo si può talora constatare la ragione di questi fatti, in quanto che il cuore e l'aorta sono in proporzione al volume del corpo un po' piccoli.

Anche la pressione sanguigna è più bassa della norma. Con una vita regolata, con esercizi fisici modici e progressivi riesce di correggere questi difetti ereditarii; per contro una vita sregolata

(1) *Cardiopathies familiales*. Congr. intern. de Méd. Paris, 1900.

ed esercitazioni fisiche eccessive e lunghe possono essere la causa occasionale per una stanchezza acuta grave, anche mortale. In genere poi questi individui reggono male dal punto di vista cardiaco alle malattie acute. Ecco un esemplare istruttivo di famiglia con miocardismo ereditario:

B... L..., studente di 18 anni. Nessuna malattia rilevante da bambino. Non ha mai fumato, non è onanista. È cresciuto in altezza assai rapidamente negli ultimi anni. Fu sempre poco resistente alla fatica. Due anni fa cominciarono i suoi disturbi. Colla sua classe fece una escursione in montagna e per sorpassare coi compagni un valico, dovette compire una fatica per lui eccessiva. Ciò fu il punto di partenza del suo scompenso, che lo portò fatalmente a morte, dopo due anni di miglioramenti e peggioramenti.

Il padre suo morì a 43 anni, cioè 12 anni dopo la nascita del figlio. Come questi fu anch'egli alto e magro e fra padre e figlio vi era grande somiglianza di lineamenti. Il padre non ebbe mai lues e morì per una malattia di cuore, di lunga durata. Aveva egli difatti aritmie già da giovanetto, soffriva di dispnea e gli vennero prescritti dei cardiocinetici, ancor in giovane età.

La madre è sana, ma con polso frequente.

Una sorella morì a 13 anni per asistolia acuta. All'autopsia si trovò hypertrophia et dilatatio totius cordis, con lesioni miocarditiche.

Un fratello vive; ha 16 anni; assomiglia al nostro paziente. Il medico gli ha raccomandato riguardo. In realtà si stanca facilmente, ed è poco resistente.

All'esame ortodiografico presenta un evidente cuore piccolo.

L'altro fratello, di 9 anni, ha una costituzione più robusta, ma giocando coi suoi compagni, si stanca rapidamente e diventa dispnoico.

Tutto ciò dimostra quanto bisogna essere cauti nell' assoggettare giovanetti con tara cardiaca ereditaria a fatiche eccessive, sproporzionate, tanto più senza un conveniente allenamento. Dal punto di vista bellico è perciò un postulato di cardiologia non sottoporre agli strapazzi fisici, alle privazioni ed alle privazioni della linea del fuoco, militari troppo giovani e non allenati, tanto più se prima non si sono esaminati singolarmente anche dal punto funzionale cardiaco. Questo postulato di cardiologia militare può a molti sembrare frutto di speculazioni teoriche. Ma non lo è. In mancanza di una statistica ufficiale sul numero dei morti per malattie cardiovasali durante la guerra e degli invalidi per tali malattie, io credo di non andar errato affermando ancora una volta, che il loro numero deve essere rilevante e ben maggiore di quanto non si creda comunemente. È da notare poi che molti morti ed invalidi non sono neppure classificati come cardiopazienti, sia perchè non riconosciuti (quanti di questi casi ho nella mia esperienza personale!), sia perchè diagnosticati col nome di altre malattie.

Se noi consideriamo i danni bellici (questi individui nella linea d'azione sono zavorra ed ingombro per l'esercito attivo), i danni economici (soggiorno negli ospedali, mancato rendimento in altri campi), i danni morali (malcontento, irritazione, tentativi di simulazione, provvedimenti disciplinari *ab irato*), ed infine i danni sociali (ereditarietà delle cardiopatie) ci appare subito chiaro che una cernita sanitaria scientifica, coscienziosa, oculata è *conditio sine qua non*, per un esercito saldo ed efficiente.

Una delle accuse più diffuse, più insistenti, più spiacevoli contro la Sanità, già fino dal principio della guerra, è quella che reclute e soldati non sono visitati regolarmente ed accuratamente dai medici militari. Chi conosce l'organizzazione sanitaria degli eserciti stranieri, per es. dell'americano, sa con quanto scrupolo vengono tenuti i libretti sanitari di ogni soldato ed ufficiale, e come una copia esiste presso l'autorità centrale, con tutte le variazioni successive alla prima visita. Ognuno di questi libretti contiene persino le impronte digitali per una più precisa identificazione del titolare. Tutto ciò è importante anche dal punto di vista delle pensioni agli invalidi di guerra.

Quanto risparmio di tempo e di danaro pubblico, quanto minor malcontento e sopratutto maggior garanzia di giustizia distributiva, se la questione venisse regolata sistematicamente e radicalmente anche da noi!

È necessario rialzare il livello della Sanità militare, la quale ha tutto il diritto di stare almeno alla pari colla sanità civile. Un soffio scientifico nuovo la deve animare, nell'interesse suo, nell'interesse dell'Esercito, nell'interesse dello Stato. Essa può dare utilissimi contributi, ancor più che la sanità civile, sopratutto dal punto di vista della cardiologia, perchè si trova in una più fortunata posizione. I soldati vengono sottoposti per regolamento a diverse visite, più o meno complete secondo gli eserciti. Vengono quindi riconosciuti i difetti di funzione cardiaca nei giovani militari, quando sono appunto al loro inizio. Ma vi è di più. La vita militare con i disagi svela debolezze circolatorie, rimaste latenti e con decorso lento, pressochè inavvertito, finchè l'individuo si trovava dietro lo sportello dell'ufficio, o seduto comodamente al tavolo di lavoro.

Per queste ed altre ragioni il medico militare ha l'opportunità di sorprendere spesso l'inizio delle malattie della circolazione, tanto più che alcune insorgono per ragioni di servizio militare proprio sotto gli occhi del medico stesso.

Lo studioso di cardiopatologia negli ospedali e nell'esercizio civile è invece costretto di seguire il decorso delle malattie a tratti lontani, e solamente superando difficoltà e con sacrifizi perso-

nali può studiare qualche caso interessante in maniera più continuativa e metodica. È quindi egli obbligato di connettere mentalmente i singoli episodi clinici seguiti in diversi individui ed in tempi diversi, per assurgere a quadri e regole generali, non sempre fondati, come farebbe, ad esempio, l'archeologo, che da frantumi di statue e residui di monumenti ricostruisce la storia di un periodo, per portarvi correzione e riempirne le lacune, quando egli viene in possesso di nuovi frammenti e documenti, che gettano diversa e nuova luce.

Attualmente noi possediamo multipli ed ingegnosi mezzi di esame e per la fissazione duratura sulla carta dei sintomi cardiaci. Questi documenti preziosi possono essere consultati e paragonati con quelli delle fasi ulteriori della malattia. Se fosse possibile, come lo è, esaminare sistematicamente ogni anno un certo numero di militari, e periodicamente, secondo il bisogno, e per più anni di seguito, rivederli, fare il confronto coi dati precedenti e studiarne la figliolanza, si otterrebbe una messe tale di dati scrupolosi, da permettere deduzioni etiologiche, patogenetiche, diagnostiche, così precise e fondate, quali sarebbe follia sperare coll'attuale sistema. La patologia cardiaca farebbe nel volgere di pochi decenni, per merito della Sanità militare, un progresso enorme. Anche la questione dell'ereditarietà, verrebbe così affrontata radicalmente e potrebbe la Sanità militare offrire all'igienista ed al legislatore una messe di dati positivi, così solida, da costruirvi provvedimenti profilattici, destinati al successo.

Io ho esposto le mie vedute ai cardiologi più noti ed ho ottenuto largo consenso, specialmente in Francia ed in Inghilterra. Lo stato di guerra ha impedito che venissero interrogati i cardiologi delle nazioni già nemiche, pure avanzate nelle conoscenze cardiologiche. Ma presto sarà fatto anche ciò, per potere finalmente prendere posizione, in gara internazionale, contro l'aumento delle cardiopatie, già rilevante e progressivo prima della guerra e divenuto ancor più accentuato per motivo di questa. La possibilità di una trasmissione ereditaria delle malattie della circolazione è uno dei tanti motivi, che rendono opportuno il loro studio sistematico ed organico.

Le Sanità militari non possono appartarsi da questo studio; anche qui possono raccogliere allori, benefici allori. Tra gli eserciti mondiali non solo vi è una competizione nelle armi, ma anche nel campo intellettuale e sanitario. La scarsa mortalità e morbilità, fra le altre caratteristiche di un esercito, sono due indizi della sua elevatezza. Vi è una graduatoria di merito, non scritta, ma palese e nota, delle Sanità militari internazionali. Tanto più esse diventano benemerite ed apprezzate, quanto più sono fattive e colte, gettando così indirettamente luce favorevole sull'esercito di cui fanno parte.

Per l'onore del nostro Paese e nell'interesse dell'umanità possa la Sanità militare italiana essere la prima ad inaugurare questo studio sistematico ed organico delle malattie della circolazione!

COMMENTI.

Sulla terapia dei sali di calcio nelle tubercolosi chirurgiche, ed in risposta al prof. T. Silvestri.

Il mio lavoro «Nuovi indirizzi sulla terapia di alcune affezioni tubercolari chirurgiche» comparso in settembre sul fasc. 38 della Sez. Prat. del *Policlinico* e in ottobre sul n. 5017 del *The Lancet*, ha fatto rievocare nel fasc. 43 di questo giornale al chiaro collega Silvestri — trasportandosi in un campo diverso di idee — una sua nota preventiva comparsa nel 1914, sul n. 136 della *Gazzetta degli Ospedali*, riguardante l'ipercalcificazione nei tubercolosi.

E poichè l'argomento interessa una delle affezioni più comuni della pratica mi permetto aggiungere qualche parola su esperienze che furono di mio controllo in rapporto ai sali di calcio.

Quando il collega Silvestri, incoraggiato dai buoni risultati ottenuti dalla somministrazione orale dei sali insolubili di calcio nella tubercolosi polmonare, propose di introdurre negli ascessi tubercolari sospensioni di sali insolubili di calcio al 10-15 %, propose cosa la cui pratica attuazione fu nelle aspirazioni di un numero grande di ricercatori fra i quali primeggia Robin con un'opera a questo scopo diretta quasi ventennale.

Ebbene, il lavorio stupendo diretto alla dimostrazione dell'utilità dell'ipercalcificazione nelle tubercolosi generali e locali ha tuttavia raccolte poche convinzioni, poichè lo stesso principio teorico è sempre rimasto in contrasto col dato di fatto che la persistente demineralizzazione ossea, che in grado maggiore o minore si verifica nei segmenti scheletrici colpiti, è dovuta non alla scarsa introduzione dei sali di calcio ma alla diminuita capacità dei tessuti colpiti a fissare i sali circolanti col plasma.

E sul valore della terapia dei sali di calcio mi permetto ancora di ricordare uno spunto molto acuto del Bunge, il quale ha fatto osservare che si contiene più calce in un cucchiaio di latte che in uno di acqua di calce. In un litro di latte di vacca si trovano infatti gr. 1,7 di calce, mentre in un litro di acqua di calce se ne trovano gr. 1,3 senza contare che la calce della

acqua di calce si trasforma nel canale digerente in sali diversi di calcio che sono parzialmente assorbiti ed in gran parte espulsi colle feci; mentre i sali del latte, legati colle albumine, vengono in massima assimilati.

Quand'io iniziai su vasta scala la mia pratica sulla tubercolosi chirurgica in una sezione degli Ospedali Militari di Nervi fui tentato di provare sperimentalmente, con iniezioni intramuscolari, nel coniglio, il comportamento dei sali di calcio. I risultati furono i seguenti:

Colla iniezione di sospensioni sterili di carbonato e di fosfato di calcio, detti sali venivano ritenuti nel tessuto in dose approssimativamente uguale a quella iniettata ed incistati, come corpi stranieri, in una vescicola contenente siero. Colla iniezione di cloruro di calce, sale dotato di forte solubilità, non rimaneva nessun residuo o traccia del sale nella zona delle iniezioni e solo residuavano leggeri fatti di sclerosi irradiantisi dai punti iniettati.

L'esperimento dunque non mi incoraggiò a tradurre in riprova sul malato detta terapia, essendomi fallita la speranza di riprodurre artificialmente in un focolaio tubercolare osteomielitico o sinoviale, mediante l'iniezione di sali di calcio, il lavorìo che la natura può compiere recalcificando una zona ossea demineralizzata o recalcificando una ghiandola tubercolare.

Ed è per questa impossibilità di tradurre artificialmente il lavorio biologico della deposizione dei sali di calcio nei tessuti che la comune terapia delle lesioni tubercolari a focolaio fu necessariamente rivolta ad attivare invece il ricambio dei tessuti colpiti in modo da porli nella condizione di fissare più attivamente i sali di calcio circolanti col plasma per quanto riguarda il tessuto osseo, o a stimolare i normali processi riparatori per quanto concerne i parenchimi.

Ed è per questa ragione ancora che recentemente Dario Maragliano (La remineralizzazione chirugica delle coxiti tubercolari — *La Riforma Medica,* n. 15-20, 1919), ritornando al concetto di rimineralizzare i tessuti ossei colpiti da tubercolosi, propose e praticò trapianti autoplastici di tessuto osseo in focolai tubercolari, allo scopo di eccitare il potere osteogenetico dell'osso minorato nella sua attiità rigenerativa e di favorire conseguentemente la naturale recalcificazione.

LUIGI DURANTE.
docente nella R. Universtà.

Genova, 10 dicembre 1919.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Una nuova teoria della febbre.

Tra i sintomi che un tempo venivano attribuiti all'isteria, uno dei più sorprendenti era dato dalla così detta «febbre isterica», cioè da elevazioni brusche e fugaci della temperatura.

Nessuna base fisica poteva essere trovata per questo strano comportamento.

La temperatura raggiungeva a volte limiti altissimi; sono registrate osservazioni di 43°-44°.5 C.: il termometro si spezzava! Fisiologicamente ciò pareva inammissiblie, poichè si credeva che temperature siffatte fossero incompatibili con l'integrità dei tessuti e con la vita; quindi si finì per convenire che doveva trattarsi di un trucco, come avviene per tanti altri sintomi attribuiti all'isteria, ovvero di errori di lettura da parte del medico.

Se non che, alcune ricerche recenti provano che quelle osservazioni — a dire il vero rarissime — hanno un fondamento e debbono considerarsi come attendibili.

J. O. Balcar, W. D. Sansum e R. T. Woodyatt (*Archives of internal Medicine,* luglio 1919) hanno dimostrato, negli animali e nell'uomo, che si possono provocare rapide e forti elevazioni termiche con un mezzo semplicissimo: l'iniezione di glucosio nelle vene, in dosi superiori alla tolleranza; in queste condizioni si determina diuresi con glicosuria, la concentrazione dei liquidi dell'organismo aumenta e si dichiara una sete più o meno intensa; se non si dà a bere, la temperatura s'innalza rapidamente, con brividi caratteristici.

L'introduzione consecutiva di acqua fa abbassare la temperatura: ponendo l'animale in esperimento su di una bilancia, si può regolare l'iniezione di glucosio e di acqua in maniera da produrre a volontà le oscillazioni termiche.

L'ascesa della temperatura può raggiungere limiti che sembrano fantastici: un'ipertemia di 43°.5 C. (110° F.) si ottiene facilmente e non compromette la vita; in un cane gli AA. riuscirono a produrre la temperatura di 52° C. (125°.6 F.), ma si ebbe esito letale. (Veniva introdotta nelle vene una soluzione glucosica concentratissima, al 36 per cento; l'iniezione era regolata in modo da fornire 15 gr. di glucosio per kg. all'ora; l'esperimento durò 90': le convulsioni violentissime dell'animale, obbligarono a interromperlo bruscamente; la morte avvenne dopo 13 minuti).

E' probabile che l'equilibrio termico venga turbato in una maniera molto semplice: dopo una fugace diuresi, con cui l'organismo tenta di sbarazzarsi della sostanza iniettata, ma che invece porta ad accrescerne la concentrazione, l'acqua

contenuta nell'organismo viene legata in massima parte da questa sostanza, con la quale forma delle combinazioni chimico-fisiche più o meno stabili; ciò ha per risultato di ridurre la quantità d'acqua « libera », cioè disponibile per le necessità fisiologiche dell'organismo: quindi quest'acqua non può essere impiegata per la traspirazione cutanea nè per l'evaporazione attraverso i polmoni, meccanismi fisiologici con cui si compie la sottrazione di calore; in queste condizioni il calore si concentra nell'organismo e la temperatura si eleva, malgrado la termogenesi non sia aumentata.

Altre spiegazioni sono possibili: ad esempio, può ammettersi che il glucosio ecciti i presunti centri termici del sistema nervoso; ma la dottoressa Liliana Moore ha testè dimostrato, in modo persuasivo, l'inesistenza di tali centri.

* * *

Osservazioni che possono rientrare nell'ambito delle ricerche degli AA. erano già state fatte, specialmente dai pediatri. Questi avevano descritto una « febbre da sale » e una « febbre da zucchero », in seguito alla somministrazione di forti quantità di tali sostanze, probabilmente in bambini già disidratati, come notò Peteri; avevano descritto anche una « febbre da inanizione », da interpretare invece come « febbre da disidratazione » o « da sete », dovuta a concentrazione eccessiva dei liquidi nell'organismo, come dimostrò Crandell. Inoltre Heine e John avevano ottenuto una « febbre da lattosio », introducendo per via endovenosa questa sostanza, la quale passava inalterata nelle urine, il che prova come agisse unicamente per effetti chimico-fisici.

Era stato anche intraveduto il meccanismo con cui si determina l'innalzamento di temperatura in questi casi. Il merito degli AA. americani di cui riferiamo l'interessante studio, è solo quello di aver ripreso il problema, di avere esteso le esperienze, di aver precisato e chiarito il meccanismo dello squilibrio termico e, sopratutto, di averne compreso la portata.

Difatti, essi hanno sollevato la questione se tutte le febbri — o almeno la maggior parte — non siano dovute a qualche cambiamento nei liquidi dell'organismo (per es. a idratazione dei colloidi), tale che impedisca all'acqua di essere disponibile per la traspirazione e per l'evaporazione cutanea e polmonare.

Armonizzano con questa ipotesi molte osservazioni.

Per esempio, nelle febbri in cui venne studiato il ricambio dell'acqua, come la malaria (V. Ascoli), si è accertato che ha luogo una *ritenzione di acqua*: dunque l'acqua non viene più utilizzata interamente per le escrezioni. Difatti la secrezione urinaria si riduce e diviene più densa (urina febbrile); molto probabilmente avviene lo stesso per quella sudorale. Così ci si spiega perchè nelle febbri la perdita di calore per evaporazione sia diminuita, come hanno dimostrato Krehl e Matthes.

Al momento della crisi, invece, vengono eliminate forti quantità di urina e di sudore; quest'ultimo, evaporando, sottrae ingenti quantità di calore; probabilmente è attivata non meno anche l'evaporazione attraverso la vasta superficie polmonare.

Molto significativo è anche il fatto che le ricerche calorimetriche avrebbero dimostrato come nei tifosi la produzione di calore sia diminuita (cfr. W. H. Porter, *New York Med. Journ.*, 16 ottobre 1919): dunque il calore si concentra nell'organismo unicamente perchè se ne riduce la perdita; ma siccome la perdita per conduzione e per irradiazione è aumentata nelle febbri (per la legge di Fournier), se ne desume che dev'essere notevolmente diminuita la perdita per evaporazione, il che conferma indirettamente le ricerche di Krehl e Matthes.

Un altro rilievo che concorda con l'assunto sopra esposto è il seguente: molti clinici hanno espresso l'opinione che i bagni nelle febbri alte siano utili non tanto perchè sottraggono calore, ma perchè attivano la traspirazione e la diuresi: difatti i bagni tepidi si dimostrano efficaci non meno di quelli freddi ed i bagni in genere sono indicati sopratutto quando la pelle è calda e secca.

D'altra parte un'abbondante somministrazione d'acqua si considera, ormai, benefica nelle febbri. Alla luce della nuova ipotesi di cui stiamo occupandoci, essa agirebbe favorendo la perdita di calore per evaporazione, attraverso i polmoni e la pelle.

A conferma della nuova ipotesi sulla genesi della febbre si può aggiungere ancora un'altra osservazione: è stata descritta un'ipertemia in persone rimaste a lungo senz'acqua. La « febbre da sete » era stata relegata tra le espressioni del volgo prive di significato positivo; ma invece è probabile che essa abbia una base ben definita, allo stesso titolo della « febbre isterica ».

Tornando a quest'ultima, è notevole la circostanza che nelle isteriche ha luogo spesso, durante la crisi, un'abbondante diuresi e che alle volte è presente anche un vomito copioso; dunque nell'organismo deve determinarsi una deficienza di liquidi, paragonabile a quella che riusciamo a produrre sperimentalmente e che dà origine ad una elevazione termica in quanto chè ostacola il processo fisiologico di raffreddamento

dell'organismo. Non è da escludere, quindi, che le vecchie osservazioni cliniche relative a forti elevamenti termici nelle isteriche, fossero tutt'altro che infondate come si era creduto; che esse non siano da interpretare semplicemente come auto-mistificazioni da parte del medico o come trucchi da parte della paziente.

Se così è, noi siamo in presenza di un altro esempio di vecchie osservazioni, ripudiate come erronee o considerate con diffidenza, ma dimostrate veraci a misura che i progressi della scienza ne rendono chiaro il significato.

Diciamo di più: la « febbre da sete », che un tempo era stata considerata come una favola, od attribuita a « colpi di calore » e ad insolazione, diviene ora il paradigma di tutte le febbri, le quali finiscono per ricondursi ad una disidratazione dell'organismo, intesa in senso lato, cioè non solo come sottrazione effettiva di acqua, ma anche come fissazione di questa, in modo che non sia più disponibile pei bisogni fisiologici.

***

La nuova ipotesi — anzi diremo la nuova teoria — della febbre merita di essere cimentata con nuove ricerche ed approfondita, poichè, a differenza di molte altre concezioni più o meno plausibili, contiene i germi di procedimenti terapeutici semplici ed efficaci.

Gli AA. hanno già fatto qualche tentativo in questo senso: così in tre polmonitici, dopo avere somministrato 8 litri d'acqua, la temperatura tornò al normale entro 24 ore. Varie ricerche su difterici riuscirono poco probative; ma sperimentalmente, dopo avere determinata nei cani una temperatura di 40-40°.5 C. mediante la tossina difterica, la temperatura discese al normale entro 5 ore, in seguito alla iniezione di 3 litri di soluzione glucosica diluita (al 3 %).

Probabilmente l'acqua si comporta come ipotermizzante solo in certe condizioni, ossia quando è possibile di fornirne in tanta copia, che non venga interamente attratta e fissata dai complessi colloidali che hanno già assunta tutta quella libera dell'organismo.

Questi complessi colloidali derivano, verisimilmente, dalle proteine dell'organismo, per l'azione di tossine batteriche le quali si comportano come fermenti proteolitici.

Non è difficile prevedere altri svolgimenti e altre possibili applicazioni terapeutiche della nuova teoria della febbre.

L. V.

LEZIONI.

Piemia e sepsi otogena.

(HEINE, *Münch. Mediz. Woch.*, a LXII, n. 44).

Si distingue una piemia otogena ed una sepsi otogena. Le caratteristiche della forma piemica sono la febbre a tipo remittente ed intermittente con o senza brividi e le metastasi, quelle della forma settica la febbre a tipo continuo, il decorso rapido, i gravi sintomi d'intossicazione dominanti tutto il quadro morboso, dovuti alla batteriemia o alla tossiemia pura. Quest'ultima, secondo Kümmel, può venir fomentata — anche senza previa formazione di metastasi — da deposizioni di batteri avvenute nei differenti organi.

Leutert ed i suoi seguaci ammettono la possibilità d'una generalizzazione dell'infezione otogena soltanto pel tramite d'una flebite o trombosi del seno (traverso e sigmoideo). Se il reperto necroscopico è negativo, le alterazioni del seno sono già guarite oppure si trovano al bulbo della giugulare, solo difficilmente accessibile al coltello. D'altro canto non sarebbe nemmeno facile escludere la compartecipazione del seno, non essendo rari i casi di guarigione.

Ciononostante non si deve negare la possibilità d'una febbre a tipo piemico anche senza una trombosi del seno. L'autore cita un caso simile, nel quale all'operazione egli trovò soltanto un empiema dell'antro mastoideo. Secondo Brieger si può aver una disseminazione dei germi da focolai timpanici e mastoidei non solo per via linfatica ma pure per mezzo dei capillari e delle vene, concedendo naturalmente al concetto di piemia un'interpretazione più ampia, simile a quella gonococcica, che pure non è legata al trasporto di trombi infetti. Körner crea un quadro morboso del tutto speciale, la piemia osteoflebitica, che ha per substrato la trombosi delle piccole vene ossee del processo mastoideo; gli emboli piccolissimi sarebbero in grado di passare il piccolo circolo.

Secondo il punto di vista odierno, l'infezione generalizzata otogena viene ammessa anche senza compartecipazione del seno. È peraltro tanto rara, che praticamente il concetto di piemia e sepsi otogena si copre con quello di trombosi del seno trasverso, sigmoideo e del bulbo della giugulare. La trasmissione del processo flogistico alla parete del seno può avvenire o per contatto coll'osso malato (specie nelle suppurazioni scarlattinose e in quelle croniche combinate a colesteatoma) o per distruzione purulenta dell'osso con formazione d'un ascesso extradurale, risp. perisinuoso.

Sul modo d'insorgere e sull'ulteriore evoluzione delle trombosi hanno fornito ampie spiegazioni esperienze cliniche e più specialmente ricerche sperimentali. Col loro mezzo Hayemann ha potùto risolvere definitivamente la questione dell'infezione generalizzata. Ponendo un tampone imbevuto d'una coltura streptococcica sul seno trasverso d'una scimmia, si provocava una sepsi con rapido esito letale (dopo 18 ore). I cocchi avevano traversato la parete vasale posandosi sull'endotelio illeso.

Secondo Leutert la formazione del trombo è dovuta ad un'alterazione della parete vasale in seguito all'azione dei batteri. Le tossine mandate nel circolo distruggono il potere battericida del sangue preparando il terreno alla susseguente invasione micotica; il trombo dovrebbe dunque essere infetto sin dal principio. Secondo Stenger e Talke il trombo viene formato per diaschisi. Alterato il chemismo dei tessuti, la linfa si diffonderebbe attraverso l'intima, danneggiando gli eritrociti. Questa teoria viene in parte confutata da quei casi, nei quali i bacteri attraversano la parete vasale senza produrre una trombosi. Lubarsch ammette che oltre all'alterazione patologica del vaso, sieno necessarie alla formazione d'un trombo un rallentamento della corrente sanguigna ed un'alterazione del sangue stesso. Quale di questi fattori sia il più importante non potè essere stabilito nemmeno cogli esperimenti del Hayemann. Anche secondo le nostre esperienze cliniche questi due ultimi fattori ci sembrano di massima importanza; l'endotelio deve assolutamente esser leso. L'ostacolo alla corrente viene dato in vivo dalla pressione del pus, chiuso nell'osso rigido. In quei casi, nei quali non ha luogo la formazione d'un ascesso, sembrano fattori principali l'alterazione vasale e la batteriemia (virulenza e specie dei batteri). Il trombo si forma di regola sulla base d'un coagulo parietale, solo di rado si ha un trombo occludente. Il trasporto delle singole particelle ha luogo, quando nel trombo si sono formati focolai necrotici; l'invasione micotica può già esser avvenuta precedentemente attraverso la parete vasale alterata. La trombosi può propagarsi nel senso della corrente sanguigna o in senso contrario, a seconda della diffusione del processo parietale, che può dar origine pure alla formazione di trombi multipli. Esito finale della trombosi è la distruzione purulenta con liquefazione, oppure l'organizzazione del trombo con obliterazione del vaso. Una guarigione spontanea con ricanalizzazione è possibile ma rara. Sintoma clinico più importante della trombosi del seno è la febbre, che decide pure sulla necessità d'un intervento chirurgico.

È noto che flebiti e trombosi del seno, anche con estesi ascessi extradurali nella fossa occipitale posteriore, possono decorrere senza rilevante aumento della temperatura. La diagnosi differenziale prende in considerazione i seguenti punti. Le otiti acute senza complicazioni possono decorrere negli adulti anche senza febbre. D'altro canto non sono rari periodi febbrili di 8 giorni con 39 e più gradi. Una durata più lunga della febbre (non bisogna dimenticare che essa può esser causata dalla malattia fondamentale, ad es. l'influenza), dolorabilità alla pressione del processo mastoideo e una secrezione profusa non involvono, specie all'inizio dell'otite, un'affezione del seno. Con una terapia adeguata, riposo e paracentesi, questi sintomi regrediscono ben presto. Nello stadio subacuto e cronico, l'otite decorre senza febbre. Un aumento di temperatura, per il quale non si riesca a trovare altra causa, mette fuori dubbio una complicazione intracranica. Talvolta riesce molto difficile escludere un'altra causa, specie la risipola atipica e l'influenza, quando questa manchi dei suoi sintomi caratteristici. Si esclude una complicazione intracraniale, quando in un'otite cronica febbrile il reperto otoscopico fa rilevare una perforazione centrale. Una perforazione periferica nella parte superiore (nella regione della membrana di Shrapnell) specie quando mette a nudo l'osso, deve far sospettare invece la suppurazione intracraniale, pericolosissima quando è complicata ad un colesteatoma. La labirintite acuta dà febbre appena quando intacca le leptomeningi; essa può venir esclusa facilmente con un accurato esame funzionale. La pachimeningite esterna, l'ascesso extradurale e l'ascesso cerebrale non complicato decorrono senza alterazione notevole della temperatura. Dànno febbre la pachimeningite interna e la suppurazione subdurale pura (tra dura e pia senza perforazione nello spazio subaracnoidale). Queste ultime sono però tanto rare da non dovere essere prese in considerazione praticamente. Restano dunque l'affezione del seno e la meningite; quest'ultima può esser esclusa, anche quando i sintomi non sono conclamati, per mezzo della puntura lombare. Così si arriva per eliminazione alla diagnosi di sinusite.

Nelle infezioni otogene il decorso della febbre non offre nulla di caratteristico. Il brivido manca spesso; la febbre a tipo remittente, intermittente o continuo non oltrepassa generalmente i 39°. Febbre continua alta si ha di solito nelle infezioni generalizzate, che si distinguono inoltre per la grave prostrazione, pei deliri ed altri sintomi settici. Le metastasi si trovano anzitutto nei polmoni o negli altri organi interni; nei di-

stretti periferici soltanto quando gli emboli sono abbastanza piccoli per passare il circolo polmonare. Le suppurazioni croniche dànno spesso ascessi polmonari, pleuriti purulente e piopneumotorace. Sintomi cerebrali mancano di solito. La cefalea (non costante) va ascritta, quando non si tratti di meningite serosa concomitante, ad una stasi venosa. Sintomi locali, entrambi non caratteristici per l'affezione del seno, sono il segno di Griesinger, edema circoscritto dolente al margine posteriore del processo mastoideo ed il sintoma del Gerhard, differente replezione delle due giugulari. Quando il trombo arriva sino alla giugulare interna, esso può esser palpato quale funicolo duro.

Se l'alterazione del seno si trova nella regione del bulbo, possono esser lesi il vago, glossofaringeo e accessorio. (Afonia, bradicardia, paralisi del palato molle, dei muscoli della deglutizione). L'affezione dei seni pietrosi decorre senza sintomi, la trombosi del cavernoso dà edema delle palpebre, chemosi ed esoftalmo. In favore della trombosi parla pure il reperto batteriologico del sangue, se esso fa rilevare la presenza dello streptococco emolitico. Guarigioni spontanee delle trombosi del seno trasverso sono molto rare. L'esito mortale subentra nelle forme settiche molto presto, nella piemia appena dopo qualche tempo, quando non esistano metastasi polmonari. Nella trombosi del seno pietroso e del cavernoso la prognosi è assolutamente infausta.

Il trattamento dell'infezione otogena generalizzata dev'esser anzitutto chirurgico, ma non deve venir schematizzato. Si procede in primo luogo alla trapanazione del processo mastoideo e si asporta nel modo più accurato ogni focolaio ammalato. Il seno viene aperto estesamente soltanto quando il processo flogistico arriva sino ad esso o se il solco è perforato, o se esiste un ascesso perisinuoso. Eliminato il focolaio osseo la febbre cessa, in genere, immediatamente dopo l'intervento. Si fa una puntura esplorativa od una incisione del seno soltanto quando il suo aspetto, la palpazione e lo stato generale dell'ammalato (febbre alta, brividi, metastasi) lo possano giustificare, non essendo rara la trombosi traumatica, specie dopo l'incisione, la quale può dar origine pure a delle violenti emorragie, che richiedono uno zaffamento di parecchi giorni, favorendo così vieppiù la formazione d'un trombo anche senza concomitante batteriemia. Nonostante gli errori possibili, l'autore preferisce, nei casi dubbi, la puntura, la quale può far escludere la presenza d'una trombosi occludente; se il sangue tolto dal seno contiene più germi di quello tolto contemporaneamente da una vena brachiale, la diagnosi di trombosi è assicurata.

Si procede invece immediatamente all'apertura del seno, quando la sua parete è già perforata, reperto non raro nelle suppurazioni croniche. Lo stesso si fa quando la puntura esplorativa abbia fatto risultare una trombosi completa. Il trombo viene man mano allontanato, finchè si ha un'emorragia del seno tanto centrale che periferica. Quando nella puntura esplorativa si ottiene sangue, mentre la febbre si mantiene alta o si formano delle metastasi, è necessario ammettere una trombosi parietale. Si raccomanda allora di escidere la parte alterata secondo il metodo di Meier-Whiting. Lo zaffamento richiesto dalla forte emorragia dei due monconi offre a sua volta però condizioni favorevoli alla formazione di nuovi trombi. La legatura della giugulare interna, va presa in considerazione solo se le condizioni generali dell'ammalato sono gravi. Se la trombosi è parietale, l'autore rinunzia ad un intervento, poichè questa ha tendenza a guarigione spontanea. Una trombosi occludente del bulbo si può constatare col metodo di Whiting e Mann: volgendo la testa dell'ammalato in modo che il processo mastoideo si trovi in una verticale coll'articolazione sternoclavicolare vengono a mancare le pulsazioni normali.

Secondo l'autore si procede alla legatura della giugulare interna soltanto se vi esiste una determinata indicazione, non impedendo essa con assoluta sicurezza la disseminazione dei germi, ed accompagnandosi, d'altro canto, al pericolo d'una embolia d'aria, d'una stasi cerebrale, (pericolosissima se il corrispondente vaso dell'altra parte è troppo stretto), oppure ad una sua trombosi totale. Essa è indicata incondizionatamente quando la trombosi del seno si estende fino alla giugulare e in quei casi di trombosi occludente del bulbo, nei quali il trombo suppurato non può essere allontanato totalmente. La trombosi parietale è benigna nell'otite acuta; l'indicazione non si distingue peraltro da quella della forma cronica. Le metastasi più pericolose sono quelle polmonari, osservate talvolta nell'otite acuta. La prognosi delle sinuflebiti operate (trombosi parietali ed occludenti) è buona; le guarigioni comportano l'87 %. Il risultato dipende essenzialmente dalla complicazione con un eventuale colesteatoma, complicazione molto temuta, perchè dà spesso origine ad infezioni setticopiemiche gravi. L'autore consiglia perciò l'operazione radicale in tutte quelle otiti croniche con perforazione periferica e specialmente se complicate a colesteatoma, quando esse con una cura conservativa si sieno mostrate refrattarie ad una completa guarigione.

M. P.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Variazioni dei reperti parassitari nei malarici

(R. REITLER. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 46, 1919).

In numerosi casi, riconosciuti specialmente negli ultimi tempi, la malaria, iniziatasi coi sintomi clinici e col quadro ematologico della forma estivo-autunnale, assume in seguito tutti i caratteri della forma terzanaria; si trasforma poi nella forma estiva-autunnale. Sono queste le « forme miste » di malaria, di fronte alle quali stanno le « forme pure ».

L'A. ha studiato attentamente 211 malarici, seguendoli dal gennaio fino al maggio. A questi malati, sottoposti tutti allo stesso regime ed allo stesso trattamento terapeutico, veniva esaminato il sangue ad intervalli regolari di 10 giorni; il sangue veniva inoltre esaminato ad ogni accesso febbrile. L'A. trovò, che su 211 casi, 71 erano dei casi puri di terzana, 20 erano dei casi puri estivo-autunnali, 120 erano dei casi misti.

Fra i malati della forma pura estivo-autunnale, la percentuale dei reperti positivi di parassiti nel sangue raggiungeva il massimo nel gennaio, mentre scendeva a valori molto bassi nel febbraio; nel periodo successivo ascendeva di nuovo leggermente, arrivando al punto più elevato di questa debole ascesa nell'aprile.

Fra i malati della forma pura di terzana, la percentuale dei reperti positivi dei parassiti nel sangue, minima in febbraio, aumentava nell'epoca successiva progressivamente, fino a raggiungere il suo valore massimo nel maggio.

Frai i malati della forma mista, la percentuale dei reperti positivi dei parassiti estivo-autunnali nel sangue arrivava al minimo, mentre quella dei reperti positivi dei parassiti terzanari raggiungeva il massimo nei mesi di marzo-aprile. Anche in questi casi, i reperti positivi di parassiti in genere nel sangue, erano scarsissimi nel febbraio. Per un certo periodo, si trovarono in alcuni casi nel sangue periferico tutte e due le forme di parassiti.

In questi casi misti, si tratta della manifestazione parziale (perchè seguita soltanto nei mesi di gennaio-maggio) di un movimento periodico dei parassiti malarici terzanari ed estivo-autunnali: nel passaggio dall'inverno alla primavera, il « plasmodium immaculatum » sparisce dal sangue circolante, per lasciare il posto al « plasmodium vivax ». Questo movimento dei parassiti, indipendentemente dalle condizioni atmosferiche, è in rapporto coll'alternarsi delle stagioni dell'anno. Esso viene inoltre influenzato da 2 ordini di fattori: 1° dall'azione della temperatura esterna aumentata, e della luce più intensa nella primavera, fattori i quali esaltano in egual modo la vitalità del parassita terzanario e di quello estivo-autunnale; 2° dalla maggiore sensibilità del parassita della terzana di fronte al chinino.

I casi misti si possono dividere in due gruppi.

I Gruppo: casi nettamente tipici. Il passaggio dalla forma di malaria estivo-autunnale nella forma di terzana si compie rapidamente o gradualmente, nel qual caso ad un certo periodo si trovano tutte e due le forme di parassiti nel sangue periferico; oppure la forma estivo-autunnale è divisa dalla forma di terzana da un periodo, durante il quale non si trovano parassiti di nessun genere nel sangue.

II Gruppo: casi nei quali la presenza nel sangue dei parassiti estivo-autunnali si alterna piuttosto irregolarmente con quella dei parassiti terzanari.

L'A. formula la seguente ipotesi, per spiegare le diverse manifestazioni che presentano i « casi misti »:

I parassiti della terzana e queli estivo-autunnali sarebbero dei tipi più o meno costanti di una stessa specie. I ceppi tipici dell'uno e dell'altro tipo sono nettamente distinti dalla loro morfologia e dalla diversità clinica dei quadri morbosi che essi provocano. Alcuni di questi ceppi si rendono sempre più fissi nei loro caratteri differenziali, mentre degli altri ceppi mantengono una certa labilità. L'infezione con ceppi fissi appartenenti ad uno solo dei due tipi, darebbe luogo alle forme pure di malaria; l'infezione con ceppi fissi di tutti e due i tipi, darebbe luogo alle forme miste, e precisamente a quelle a decorso strettamente tipico del I gruppo. I ceppi labili, instabili nelle loro differenziazioni, si trasformano alternativamente dall'uno all'altro tipo in parte per cause esterne (terapia, cambiamenti di clima, di stagione), in parte forse anche per cause inerenti ai ceppi stessi. L'infezione con tali ceppi labili provocherebbe i casi apparentemente « misti »; questi casi, atipici nel loro decorso, sono quelli del II gruppo. L'infezione mista con dei ceppi labili dell'uno e dell'altro tipo potrebbe dar luogo ai più svariati quadri clinici.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Stomaco biloculare.

(V. PAUCHET. *La Presse Medicale*, n. 41, 24 luglio 1919).

Si ha biloculazione dello stomaco quando quest'organo si strozza nel suo mezzo come un orologio a polvere, trasformandosi in due sacche, l'una superiore o cardiaca e l'altra inferiore o pilorica. La biloculazione può essere temporanea

(da spasmo), o permanente (da compressione esterna, da spasmo permanente in corrispondenza di un'ulcera in evoluzione, da cicatrizzazione di una ulcera della piccola curvatura).

ETIOLOGIA. — La vera biloculazione è dovuta ad una stenosi mediogastrica, la quale a sua volta è dovuta alla cicatrizzazione di un'ulcera gastrica. Qust'ulcera può essere prodotta dalle scottature, dalla sifilide, dalla tubercolosi; ma 98 volte su 100 è la conseguenza di un'ulcera semplice della piccola curvatura (specialmente delle ulcere a sella). L'ulcera può provocare questa stenosi mediogastrica sia per contrazione anulare, per spasmo, dello strato circolare della muscolare in corrispondenza dell'ulcera stessa, sia per ispessimento e infiltrazione delle pareti gastriche, sia per cicatrizzazione di essa e retrazione fibrosa della cicatrice.

ANATOMIA PATOLOGICA. — Il restringimento corrisponde generalmente alla parte media della piccola curvatura, sede abituale (19 volte su 20) delle ulcere. Nella maggior parte dei casi ha la forma di un anello incompleto col cerchio interrotto in corrispondenza della grande curvatura; il più spesso è canalicolato e presenta più centimetri di lunghezza; il canale è generalmente eccentrico.

Nella maggioranza dei casi il restringimento non è costituito da una vera cicatrice, ma da ulcere callose, terebranti, in piena evoluzione, penetranti spesso nel pancreas, nel fegato o nella parete addominale anteriore. Dal lato del peritoneo la stenosi si traduce con una cicatrice increspata, bianco-madreperlacea, nascosta o no da lesioni di perigastrite.

La tasca cardiaca è generalmente più voluminosa della pilorica, primo perchè l'ulcera stenosante della piccola curvatura è più vicina al piloro che al cardias, secondo perchè la stasi alimentare ha disteso la tasca superiore; questa distensione può accompagnarsi ad ipertrofia delle pareti o ad assottigliamento.

SINTOMI. - 1° *Antecedenti di ulcera gastrica.* — E' eccezionale la sindrome classica dell'ulcera (vomiti, dolori, emorragie): nella maggioranza dei casi si hanno fenomeni dolorosi di gastrite iperpeptica, rigurgiti acidi; questi disturbi sono attenuati o aggravati dagli alimenti, calmati dal bismuto. L'evoluzione è accompagnata da remissioni, simulanti la guarigione, con periodi di recrudescenza. Più la malattia si prolunga, più le remissioni si accorciano e i dolori gastrici si accentuano.

2° *Fenomeni dolorosi.* — Sono dovuti non allo strozzamento mediogastrico, ma all'ulcera; questa è spesso terebrante e provoca allora dolori più accentuati; spesso questo dolore è continuo e presenta un parossismo a ciascuna prova alimentare. I vomiti non mitigano il dolore; il riposo e la dieta l'attenuano un poco.

3° I *vomiti* sono la regola; se sono frequenti, ripetuti, sono dovuti non alla stenosi ma all'ulcera; se sono distanziati, regolari, copiosi, dipendono allora dalla stenosi e corrispondono all'evacuazione della tasca cardiaca distesa.

4° *Stato generale.* — Il dimagramento, l'astenia, l'anemia non difettano e sono dovuti alla stenosi mediogastrica.

5° *Segni fisici.* — L'ispezione e la palpazione non fanno differenziare la stenosi pilorica da quella mediogastrica; il rigonfiamento, la dilatazione dello stomaco, le contrazioni peristaltiche appaiono al momento dei dolori, come nella stenosi del piloro.

L'esame con la sonda praticato a digiuno permette di evacuare un residuo alimentare, come in caso di stenosi pilorica. Se si fa il lavaggio dello stomaco, si nota: 1° che l'acqua di lavaggio non riesce che in parte, perchè è passata nella tasca pilorica; 2° che il liquido riesce pulito e che all'improvviso compare un liquido torbido con particelle alimentari, provenienti dalla tasca pilorica; 3° che lo stomaco è lavato, ben vuotato con la sonda ma alla palpazione si provoca ancora il guazzamento di cui la sede occupa la tasca pilorica che non è stata vuotata.

Con l'insufflazione dello stomaco, o si riempie di gas lo stomaco intero e allora si formano due zone sonore separate da una striscia di ottusità, o si riempie la sola tasca cardiaca e diviene sonora nell'ipocondrio sinistro, mentre la tasca inferiore resta ottusa e guazza.

Alla radioscopia, fatta dodici ore dopo un pasto bismutato, si hanno immagini caratteristiche: ora esse presentano due zone scure riunite da una stretta striscia scura e disposte su un asse un po' obliquo in basso e a destra; ora si hanno due ombre distinte, l'una superiore sinistra in forma di tronco di cono con camera d'aria, l'altra inferiore, destra, separata dalla precedente da una lacuna, senza camera d'aria. Sotto la pressione del dito, le due tasche stomacali sono mobili, l'una rispetto all'altra; l'ombra dello stomaco non riprende mai la sua forma normale quando si solleva il fondo dell'organo; è impossibile di vuotare la tasca cardiaca nella tasca pilorica e viceversa; spesso si osserva un'immagine diverticolare sulla piccola curvatura, rappresentante un'ulcera terebrante che si riempie di bismuto.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. — Si tratta di una stenosi mediogastrica o di uno stomaco biloculare da ptosi, spasmo o compressione?

Il clinico deve da principio intraprendere le esplorazioni cliniche classiche: palpazione, percussione, « tubage », insufflazione, ecc.

La radioscopia è indispensabile: se si ha stenosi mediogastrica, l'immagine biloculare non si modifica a soggetto in piedi o sdraiato, egualmente se si ripetono gli esami con più giorni d'intervallo; non si può far refluire il liquido della tasca inferiore nella tasca superiore; sollevando il fondo dell'organo si possono mobilizzare le due tasche l'una sull'altra; il dito non cancella mai la biloculazione nè riconduce lo stomaco nel suo insieme alla forma normale.

L'immagine biloculare di uno stomaco atono, ptosico, si caratterizza dal modo di riempimento col bismuto: mentre lo stomaco normale si allarga a misura che si riempie, lo stomaco ptosico si riempie come un sacco inerte; la sua larghezza alla parte declive è subito al suo massimo; il livello s'innalza a misura che i liquidi sono deglutiti, lo stomaco si allunga sotto il peso del liquido e sotto l'influenza di questo peso si strozza nella parte media, simulando così un'immagine biloculare.

Lo spasmo mediogastrico dà un'immagine biloculare che si modifica o scompare nel corso di esami ripetuti o sotto l'influenza dell'atropina. Certi spasmi sono tenaci, ma allora sono mantenuti da un'ulcera cronica.

Le immagini biloculari da compressione dello stomaco non hanno caratteri radiografici speciali; l'esame clinico del fegato, della milza o del colon permette di fare una diagnosi.

La diagnosi etiologica deve, se possibile, esser posta. La forma biloculare è dovuta a un'ulcera banale o a un'infiltrazione sifilitica o cancerigna? Per la sifilide si farà la ricerca di Wassermann e il trattamento col 914; quanto alla presenza del cancro poco importa, perchè, nei due casi, bisogna praticare la gastrectomia.

TRATTAMENTO CHIRURGICO. — La gastroplastica e la gastro-gastrostomia sono operazioni da rigettarsi, perchè spesso seguite da disturbi che necessitano nuovi interventi. Tre operazioni possono essere consigliate: 1° gastro-enterostomia; 2° resezione mediogastrica; 3° piloro-gastrectomia.

1° *Gastro-enterostomia.* — L'operatore anastomizza la tasca superiore con il digiuno, come se si trattasse di una stenosi pilorica. Spessissimo la situazione alta della tasca superiore fa inginocchiare l'ansa intestinale afferente e il vuotamento si fa male; spesso l'ulcera progredisce malgrado l'anastemosi e provoca ancora disturbi. Per guarire radicalmente, la piloro-gastrectomia è l'operazione di scelta; ma se il soggetto è cachettico, bisogna fare l'operazione in due tempi: cominciare con una gastro-enterostomia e un mese o sei settimane più tardi praticare una gastrectomia.

2° *Resezione mediogastrica.* — L'operatore libera il segmento gastrico ristretto, ulcerato o perforato, completamente spogliato dai suoi due epiploon, ben isolato dalla parte molle delle due tasche gastriche. La zona malata è schiacciata e resecata. Si termina con la sutura capo a capo o si chiudono a cul di sacco le due estremità gastriche e si anastomizza la tasca superiore con il digiuno.

3° *Piloro-gastrectomia.* — E' l'operazione di scelta. Consiste nel liberare lo stomaco sulle sue due curvature, fino al duodeno che sarà schiacciato e chiuso a borsa; nel rimontare fino alla tasca superiore che sarà liberata e chiusa al cul di sacco; una gastro-enterostomia ristabilirà la continuità.

Queste operazioni si possono fare sotto anestesia regionale o rachidiana.

B. MASCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche Milano

Seduta del 19 dicembre 1919.

Presidenza: Prof. DEVOTO.

PERUSSIA F. — L'O. presenta i **radiogrammi di due casi di patologia epatica**, l'uno di echinococco e l'altro di ascesso del fegato, di cui la diagnosi fu per entrambi confermata al tavolo

In tutti e due i casi la superficie convessa dell'ala destra del fegato si presentava fortemente sollevata a cupola, in modo da protundere nella metà inferiore dell'emitorace destro. La metà destra del diaframma risultava non solo, come è naturale, molto sollevato rispetto alla metà sinistra, ma con escursioni respiratorie assai ridotte; in entrambi i casi la radioscopia metteva in evidenza i segni di una lieve pleurite basilare destra. In entrambi i casi la diagnosi differenziale fra echinococco ed ascesso del fegato non sarebbe stata possibile dal punto di vista prettamente radiologico: però l'indagine coi raggi X ebbe un grande valore nel diagnostico differenziale con altre forme di epatomegalia, come il carcinoma, la lues del fegato, la cirrosi ipertrofica, ecc. Infatti, secondo l'O., in questi ultimi casi solitamente si osserva un ingrandimento del fegato piuttosto ad espansione addominale che non ad espansione toracica, cosicchè l'innalzamento della metà diaframmatica corrispondente, suole essere poco spiccato, mentre è quasi sempre notevolissimo nell'echinococco e nell'ascesso del fegato. Inoltre nell'epatomegalia da carcinoma, da lues, da morbo di Hannot non è così frequente il risentimento pleurico come nelle predette forme morbose del fegato. L'O. presenta

quindi i radiogrammi di qualche caso di calcolosi epatica. La dimostrazione radiologica dei calcoli biliari riesce piuttosto raramente, data l'abituale costituzione chimica di tali calcoli, formata di colesterina e pigmenti biliari. Le statistiche dell'O. circa la frequenza di visibilità dei calcoli biliari ai raggi X si avvicinano piuttosto a quelle francesi che non a quelle americane, secondo le quali si riuscirebbe a dimostrare radiologicamente i calcoli biliari persino nel 50-60 % dei casi. Forse in America si verificano più frequentemente quei fenomeni di calcificazione dei calcoli biliari che sono condizione indispensabile per la loro visibilità ai raggi X. Per la tecnica l'O. raccomanda di non trascurare la posizione laterale o laterale-obliqua, che riesce spesso assai proficua.

RONCHETTI V. — Riferisce la storia clinica di un ammalata venuta in ospedale in condizioni **di gravissima anemia per antica infezione da anchilostoma e da ascaride** e morta dopo pochi giorni di degenza, ed il reperto di autopsia caratterizzato sopratutto dalla presenza di una cinquantina di ascaridi nelle vie biliari. L'O. fa risaltare la relativa frequenza dell'**ascaridiasi epatica** ripo:tan'o le storie cliniche di due **altre** epatica riportando le storie cliniche di due altre ammalate che con tutta probabilità furono affette da tale forma morbosa. Accenna alla possibilità di diagnosticare esattamente la ascaridiasi epatica coll'esame microscopico del pus, degli ascessi conseguenti, in quanto in tale pus si possono trovare uova di ascaride. Insiste sulla distinzione fra ascaridiasi delle vie biliari con ascessi multipli, areolari del fegato, difficilmente curabili chirurgicamente, e ascaridiasi più propriamente epatica con formazione di vasto ascesso solitario facilmente dominabile con l'intervento chirurgico. Afferma come verosimile la supposizione, che gli ascessi epatici (o ad altra sede) dovuti ad ascaridi risultino dovuti all'emigrazione di ascaridi anche se le vie di emigrazione appaiono successivamente obliterate per opera di processi infiammatorî. Mentre meno verosimile appare e, ad ogni modo, sino ad ora non provata, l'ipotesi che larve di ascaride immigrate nell'uno o nell'altro viscere possano ivi svilupparsi fino a raggiungere lo stato adulto.

SOLARO G. — Un uomo di 36 anni fu colpito in rissa da tre ferite di coltello, di cui una al terzo spazio intercostale sinistro sulla linea marginale dello sterno, con lesione penetrante nel ventricolo destro del cuore, altra all'epigastrio, penetrante nell'addome con lesione dell'epiploon, la terza al dorso parietale. Pervenuto all'Ospedale un'ora e mezza dopo il ferimento presentava: abolizione della coscienza, grave perfrigerazione del corpo, aumento dell'aia di ottusità cardiaca, assenza di polso periferico anche alle carotidi, toni cardiaci percettibili solo ad intervalli, irregolari, deboli, lontani. L'intervento, deciso sulla diagnosi di comprèssione del cuore per **ciso la aiagnosi di compressione del cuore per emopericardio** da prorabile ferita del cuore, consistette in nna **toracotomia** osteo-plastica a lembo, con cerniera esterna, comprendente la terza punti staccati in seta, seguita da sutura del pericardio quasi completa (lasciando appena un piccolo zaffo all'estremità inferiore), e da ripo- **e la quarla costa, e netla cardiorafia con quattro** sizione e sutura del lembo toraco-plastico.

Subito dopo in leggera narcosi eterea venne **eseguita une laparotomia** xifo-ombelicale esplorativa provvedendo all'emostasi di una lesione sanguinante dell'epiploon.

Decorso apiretico, senza alcuna complicanza; in 12ª giornata il ferito si alza e in 20ª esce dall'Ospedale.

VALLARDI C. — Nelle nostre truppe di Macedonia nell'estate 1917 si verificò una **epidemla di dfssenteria** amebica che diede più di 1600 casi Nella medesima località e nell'anno seguente la dissenteria non fu più amebica ma bacillare. I pochi dissenterici trovati nel 1918 erano vecchi amebiasici riacutizzati. L'O. sostiene che nel virus dissenterico del 1917 il fattore bacillare deve essere entrato in proporzioni maggiori di quanto si è finora ritenuto. Osservò moltissime forme latenti e subdole di amebiasi, verso le quali specialmente deve dirigersi la profilassi negli eserciti. Qualche caso con sindrome pseudocolerica, altri con fenomeni tifosimili, talvolta senza dissenteria. Nelle forme amebiasiche croniche ebbe spesso risultato negativo dall'emetina, in presenza delle piccole forme amebiche vegetative.

PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Tre centurie di gravidanz ectopica.

Dallo studio di 309 gravidanze ectopiche Lilian K. P. Farrar (*The American Journ. of Obst. and Diseases*, ecc., giugno 1919), giunge alle seguenti conclusioni:

In tre quarti dei casi l'insorgere dei segni di una gravidanza ectopica è stato preceduto da una lesione infiammatoria o meccanica delle trombe: la maggior frequenza si nota tra il 2° e l'8° anno di matrimonio ed in più che la metà dei casi la malattia è insorta dopo un primo parto normale.

L'inizio è assai più frequentemente insidioso che non tumultuoso come in genere è descritto nei trattati e come si è abituati a ritenere. Sia esso subdolo od acuto sopraggiunge ad ogni modo

o all'epoca dell'attesa mestruazione o poco dopo una regola normale o dopo un ritardo della mestruazione. Dolore soltanto o dolore e metrorragia esistono nel 96 % dei casi; metrorragia nel 67,4 %. In un quarto soltanto delle malate si sono avute reazioni peritoneali manifeste. L'A. consiglia la massima prudenza e delicatezza nel praticare il riscontro vaginale che d'altra parte è insufficiente da solo a farci distinguere una gravidanza ectopica da una flogosi pelvica unilaterale o da una cisti ovarica sopraggiunta durante una gravidanza uterina: esso andrebbe fatto all'ospedale e, se il caso, praticato sotto narcosi. L'anamnesi, la minuta e giudiziosa discriminazione dei sintomi, l'osservazione ci condurranno alla diagnosi quasi sempre.

Con l'emissione di una caduca si ha a favore di una gravidanza ectopica un segno di importanza assai grande: ma l'assenza di tale evenienza nulla significa poichè la formazione costante di una caduca non è provata e la sua emissione può passare inosservata.

La constatazione di una leucocitosi che, al contrario di quanto succede nelle infezioni acute in genere, duri soltanto per 36, 48 ore, può essere utilizzata per la diagnosi.

Il trattamento adottato in tutti i casi è stato l'intervento immediato, per via addominale, eccetto in 3 in cui si trattava o di ematoceli o di una manifesta infezione.

Nei 309 casi si sono avuti: 81 aborti tubarici; 169 rotture; 29 non rotture; 8 ematoceli; 21 casi indefiniti; 2 feti vivi.

D. M.

Le emorragie nella gravidanza e nel puerperio.

Le emorragie possono presentarsi in tutti i periodi della gestazione, durante la gravidanza, nel corso del parto, durante l'espulsione, nel puerperio.

1° *Emorragie nella prima metà della gravidanza.* — E' necessario anzitutto stabilire, con un abile interrogatorio, se la donna è incinta: si tenga a mente che un ritardo dei mestrui, in una donna sana, in un periodo di attività sessuale, è un segno importantissimo per la presunzione di gravidanza.

Stabilito che si tratta di gravidanza complicata da emorragia, occorre ricercarne la causa, con l'esame diretto e con il riscontro vaginale. Il primo fa subito riconoscere l'eventuale presenza di varici vaginali o rettali. Con il riscontro vaginale, si può rilevare l'esistenza di neoplasmi, di polipi del collo.

Più spesso, si trova un utero ingrossato, con collo molle e semiaperto: la paziente accusa coliche o dolori al basso ventre od alle reni; trattasi quindi di un aborto in via di evoluzione.

Talvolta, pure con utero ipertrofico e collo semiaperto, si avverte a lato dell'utero, una massa delimitata, spesso dolorosa alla pressione; si deve sospettare una gravidanza extrauterina, che sarà confermata specialmente dalla persistenza di emorragie intermittenti, di colore cioccolato, e dalle crisi dolorose addominali, a carattere sincopale.

Talvolta la grossezza dell'utero è affatto sproporzionata con l'età della gravidanza, carattere quasi patognomonico della mole idatiforme; la diagnosi viene confermata dal carattere delle emorragie, spontanee, senza causa apparente, che si ripetono spesso, nonchè dal reperto di vescicole idatiformi nei coaguli.

2° *Emorragie della seconda metà della gravidanza.* — Oltre alle cause direttamente visibili (varici, carcinoma, ecc.) bisogna pensare in tal caso allo scollamento prematuro della placenta, che può verificarsi, sia perchè essa è inserita in basso, sia sotto l'influenza di cause diverse, nella placenta ad inserzione normale.

Nel primo caso le emorragie sono spontanee, soggette a ripetizione, senza dolori: nel secondo caso le emorragie sono poco abbondanti ed accompagnate da notevoli disturbi generali (pallore, agitazione, dispnea, disturbi visivi ed uditivi), da dolori al ventre ed alle reni, e da uno stato permanente di contrattura uterina.

3° *Emorragie nel corso del parto.* — Le cause sono le stesse delle precedenti, fra cui in prima linea la placenta previa; ad esse bisogna aggiungere quelle di origine traumatica e quelle da strappamento del cordone.

4°. *Emorragie durante l'espulsione.* — Quelle di origine traumatica si riconoscono mediante un esame accurato, fatto mettendo bene in luce le parti; la lesione può essere perineale, vestibolare (le lesioni laterali dell'uretra dànno emorragie che non si arrestano spontaneamente e possono mettere in pericolo l'ammalata), oppure situate più in alto (vagina, cul di sacco, collo): si riconoscono specialmente con l'esame locale, fatto dilatando bene le parti con le valve.

La rottura dell'utero può non essere riconosciuta che dopo l'espulsione, manifestandosi con un fiotto di sangue e gravi disturbi generali; si riconosce con una esplorazione manuale profonda.

Più frequenti sono le emorragie da scollamento della placenta, accompagnato da inerzia dell'utero. Quando si tratti di solo scollamento, la rapida estrazione manuale della placenta la farà cessare. Nel caso di inerzia uterina, dopo l'espulsione della placenta si metteranno in opera tutte

le manovre di eccitazione; va però tenuto presente che spesso l'inerzia è dovuta al fatto che l'utero contiene tuttora coaguli o frammenti di placenta e che quindi lo svuotamento manuale può essere un mezzo curativo.

5° *Emorragie nel puerperio.* — L'espulsione di sangue rutilante in questo periodo deve subito far pensare ad una causa anormale, che è, il più spesso, una ritenzione cotiledonare. Tali emorragie sono abitualmente precoci, ma possono anche comparire dopo un periodo abbastanza lungo. Esse necessitano una esplorazione accurata ed un completo svuotamento digitale o strumentale.

r. s.

Le anemie gravi della gravidanza e del post-partum

Il prof. Osler divide le forme gravi di anemia della gravidanza e del post-partum in 4 classi:

I. *Anemie secondarie alle emorragie post-partum.* — L'emorragia può essere profusa e rapidamente letale. L'anemia è secondaria a piccole emorragie ripetute, dovute per lo più ad aborto, raramente a un parto a termine.

II. *Anemie gravi della gravidanza.* — Nei primi mesi della gravidanza si ha normalmente diminuzione dei globuli rossi e dell'emoglobina e lieve leucocitosi, poscia la formula ematologica va riavvicinandosi alla norma. In qualche caso questa cloroanemia gravidica assume però una forma grave, persino letale.

III. *Anemia post-partum.* — È la forma più frequente. Subito dopo il parto, normale, la paziente comincia a farsi pallida e l'anemia si accentua rapidamente fino talvolta all'esito letale. Il Palmer Howard ha fatto notare la somiglianza clinica con la malattia di Addison. Talvolta si ha febbre a tipo continuo, come in una febbre tifoidea, tal'altra la febbre è irregolare, accompagnata da brividi, da far pensare alla malaria.

IV. *Anemia acuta da sepsi post-partum.* — In certe forme di sepsi puerperale si ha rapidissima emolisi, sicchè l'anemia domina nel quadro clinico.

Nulla di preciso si sa sull'agente emolitico nei casi di anemia della gravidanza e del puerperio. Pel tipo progressivo del decorso e pel reperto anatomo patologico esistono somiglianze con la anemia prodotta dalle tossine del botriocephalus. Una tale tossina emolitica si produrrebbe in forza delle modificazioni profonde che offrono il metabolismo nella gravidanza e il catabolismo nel puerperio.

L'esame ematologico può assumere un valore prognostico. Così si possono avere segni di rigenerazione attiva: abbondanza di emazie di produzione recente. L'indice cromatico di regola è basso.

La cura è quella delle anemie gravi: aria, riposo, alimentazione abbondante, ferro ed arsenico.

(*British Medical Journal*, 4 gennaio 1919).

Cesetti.

Le albuminurie gravidiche.

P. Davis (*Canadian Medical Association Journal*, luglio 1919) osserva che bisogna fare una netta distinzione tra albuminuria e tossiemia della gravidanza. La prima non ha un significato grave e si manifesta verso la fine della gestazione, è caratterizzata dalla eliminazione di abbondante siero-albumina con le urine, forse dipendente da un disturbo meccanico della secrezione renale, e da edema. La tossiemia, invece, è uno stato patologico più serio la cui manifestazione più imponente è la eclampsia: fenomeni meno gravi sono la nausea, il vomito, l'albuminuria ed altre complicazioni.

La tossiemia gravidica può assumere tre tipi: nefritico, epatico, endocrino.

Il tipo nefritico è caratterizzato da albuminuria, disturbi della secrezione dell'urea e del ricambio dell'azoto. Spesso nelle urine sono presenti grandi quantità di indacano e cilindri di tutti i generi; sono assenti lo zucchero, l'acetone e l'acido diacetico. La quantità di urina diminuisce, il peso specifico è più alto, il colore più scuro. C'è ipertensione, toni aortici molto accentuati, impulso cardiaco più forte e diffuso; oltre a ciò si ha cefalea, diminuzione di vista, fosfemi. La paziente può essere apatica o eccitabile. La lingua è di solito patinosa; frequente è la stipsi. L'edema può essere localizzato o generale. Le convulsioni epilettiformi sono frequenti ma non costanti.

Nel tipo epatico c'è scarsa o niente albuminuria, rari cilindri ialini. La pressione vasale e la temperatura sono spesso subnormali. Non c'è cefalea; il paziente è apatico; la lingua è scura e secca; le urine sono di colore oscuro; spesso si ha leggera itterizia.

All'esame chimico delle urine si rileva: diminuzione dell'urea ed aumento della creatina, della creatinina e dell'ammoniaca, grandi quantità di indacano, e spesso acetone ed acido diacetico. Caratteristica è la frequenza di emorragie negli organi e sotto la cute. Tali pazienti possono avere convulsioni, nausea grave e possono morire di esaurimento senza esplosioni nervose.

Nel tipo endocrino si hanno i fenomeni della

disfunzione tiroidea. Ci può essere esoftalmo, tachicardia, iper- o ipotensione vasale. Nelle urine si può avere scarsa albumina, pochi cilindri ialini e disturbi dell'eliminazione dell'azoto. Questo tipo è particolarmente pericoloso durante il parto perchè dà grandi disturbi di circolo ed accentuata dispnea.

Per prevenire le tossiemie gravidiche le gestanti, e specialmente le loro urine e la tensione vasale, dovrebbero essere frequentemente esaminate. In ogni modo il miglior trattamento preventivo sta nella dieta. La alimentazione delle gravide dovrebbe essere prevalentemente a base di frutta, latte e pane. Gli alimenti ricchi di sostanze azotate dovrebbero essere proibiti. Gli intestini dovrebbero essere tenuti ben regolati, la funzione della pelle dovrebbe essere stimolata con bagni, con l'uso di vesti igieniche. L'aria libera ed il moto senza sforzi e stanchezza sono da consigliarsi.

Per combattere i disturbi tossici in atto è stato consigliato l'arresto della gestazione con il parto cesareo. Ma bisogna tener conto che gli anestetici e lo chock chirurgico possono aumentare anzichè diminuire la tossiemia. Migliori risultati si hanno dall'isolamento completo e dalla somministrazione di morfina, bromuri e cloralio. Un terzo metodo di trattamento consiste nel salasso. Si fa un abbondante salasso da una vena di un braccio e quindi si inietta una eguale quantità di siero fisiologico. Si fa la lavanda dello stomaco con soluzione di bicarbonato e quindi si introducono nello stomaco, attraverso un tubo, 30 centigrammi di calomelano. Si fa un enteroclesi con acqua salata; si pratica il cateterismo; si fanno sulla cute applicazioni tenendo anche permanentemente a contatto dei piedi bottiglie piene d'acqua calda. In ogni caso deve essere favorito qualunque accenno al parto.

dr.

L'uso dell'estratto ipofisario in ostetricia.

L'estratto ipofisario (ipofisina, pituitrina, pituglandol ecc.) è indicato nel parto, quando vi è inerzia uterina primitiva o secondaria e si ha interesse, per la madre o per il feto, di accelerare il parto. Esso allora risveglia o rinforza le contrazioni che non raggiungono il loro scopo.

Durante il periodo di dilatazione esso è consigliabile in caso di inerzia per presentazione viziosa (podice) per *leggeri* vizi pelvici; meno efficace è nell'inerzia da gravidanza gemellare. In tutte queste condizioni si devono evitare le dosi troppo forti e le iniezioni troppo ravvicinate.

Gli effetti sono più evidenti nelle pluripare, anzichè nelle primipare, nelle quali, specialmente se vecchie, si osservano talora degli insuccessi.

L'indicazione più precisa (Schwaab, *Presse médicale* 1919, n. 31) la si trova per il periodo di espulsione, quando esso si prolunga, quando le posizioni cefaliche posteriori non ruotano, quando vi sono leggeri vizi pelvici; si può talvolta, con l'uso della pituitrina, evitare il forcipe.

L'estratto ipofisario, pure essendo utile nella inerzia uterina, è affatto incapace di provocare il parto o l'aborto. Tutt'al più esso potrà aiutare i mezzi meccanici. Esso non è nemmeno capace di provocare l'espulsione della placenta, chè anzi, in caso di ritenzione di questa, può essere più che altro dannoso.

Esso invece può essere utile nella ritenzione dell'urina post-partum, evitando così il cateterismo.

Si somministra per iniezioni ipodermiche (un cmc. contiene 10-20 cg. di estratto) od endomuscolari. Eventualmente l'iniezione si può ripetere. Non sono probabili pericoli, in seguito all'iniezione sottocutanea od endomuscolare; ad ogni modo non si devono oltrepassare le dosi di 20-40 cg.; le dosi forti possono provocare tetanizzazione. Sconsigliabile in generale è l'iniezione endovenosa.

Il medicamento è controindicato nelle cardiopatie, l'ipertensione, l'albuminuria notevole, la arteriosclerosi.

l. b.

Il chinino, quale stimolo per le contrazioni uterine.

Werner e Bucura raccomandano di nuovo il chinino per stimolare le contrazioni dell'utero nei parti protratti.

Già Porak, nel '78, l'aveva combattuto perchè causa di eliminazione intempestiva di meconio, dell'insorgere dell'ittero dei neonati più frequente e più intenso e del loro cattivo sviluppo ulteriore. Egli venne confutato due anni più tardi dal Runge, il quale, pur ammettendo l'eliminazione del meconio anzi tempo in più che metà dei casi, non potè stabilire alcuna influenza dannosa sui neonati stessi. Ciò nonpertanto nel suo trattato egli dichiara il chinino un rimedio non consigliabile; in nessun caso però la eliminazione del meconio andava considerata come segno di asfissia incipiente, ma dovuta alla stimolazione della peristalsi intestinale del feto, contemporanea alla stimolazione della muscolatura uterina. Il chinino fu egualmente sconsigliato da Bumm e Ahlfeld.

L'aspirazione di meconio è in tutti i casi una complicanza grave dell'asfissia causata dal parto protratto. Anche quando si riesce ad aspirare per mezzo del catetere tracheale tutto il conte-

nuto delle vie bronchiali superiori, la parziale atelettasi polmonare è spesso inconciliabile colla vita del bambino.

Ottimo rimedio e non superato da alcun altro nella sua efficacia sulle contrazioni uterine, il chinino, prima d'essere raccomandato ad un uso generale, dev'esser fatto oggetto di diligenti studi farmacologici, che riescano ad eliminare l'azione sua dannosa per il feto.

M. P.

Nelle ragadi del capezzolo.

La prima cura da aversi è la scrupolosa pulizia: si laverà scrupolosamente il capezzolo, prima e dopo ogni poppata, con acqua bollita, asciugandolo poi accuratamente con una compressa asettica. Si raccomanderà che il poppante non tocchi con le mani i seni materni, ed in modo generale si eviterà di toccare il capezzolo con le dita.

Quanto agli anestetici, è da rilevarsi che la cocaina è pericolosa per il poppante, in quanto che, per quanto si asciughi la regione, si corre il rischio di lasciarne un poco. Meno pericolosa è la stovaina, che è meno tossica: ad essa si può ricorrere nei casi molto dolorosi.

Le medicazioni con l'acqua alcoolizzata, i toccamenti con alcool sono dolorosi e poco efficaci. Eccellente sarebbe invece il balsamo del Perù, che si può applicare da solo o in pomata a 1/10, 1/5, con 1/100 di stovaina, avendo cura di pulire il capezzolo prima della poppata. Buoni risultati sono stati ottenuti da Dreché con applicazioni di blu di metilene al 3 %, ed anche con toccamenti di acqua ossigenata, di nitrato di argento.

Chevrier ha avuto buoni successi con l'applicazione di una medicatura imbevuta di siero di cavallo che si trovi in via di rigenerazione sanguigna dopo il salasso.

Nei casi più tenaci, si ricorrerà alle tettarelle in vetro, accuratamente bollite prima di ogni poppata. Nei casi ribelli, poi, si sospenderà l'allattamento per uno o due giorni, avendo cura di estrarre il latte con una pompa: altrimenti il bambino, poi, negli sforzi di succiamento, finirà col riprodurre le ragadi.

E' di grande importanza la profilassi delle ragadi, durante la gestazione, evitando la macerazione e la poca pulizia. Sono state consigliate le lozioni alcoolizzate, la miscela di alcool con glicerina, e simili: queste manovre non sono scevre da inconvenienti in quanto che i tessuti vengono resi più friabili e più soggetti a fessurarsi.

Secondo De Lee, negli ultimi mesi di gravidanza si dovrebbero fare lozioni con soluzioni astringenti come p. es. la seguente: glicerolato d'amido g. 15, tint. di lavanda g. 30, acqua distillata g. 80.

I corpi grassi ed untuosi (sangue, lanolina, burro di cacao, vaselina) permetteranno di asportare le squame epidermiche senza violenza e renderanno morbidi i tessuti; è bene farne uso per i capezzoli durante la gestazione.

(*Journ. des Praticiens*, settembre 1919).

fil.

TECNICA MEDICA

Nuovi metodi sulla ricerca dell'iudicano.

Le note reazioni del Jaffè e Obermayer si basano sull'ossidazione dell'indicano in indigo, per mezzo del clorato di calcio o percloruro di ferro. Col nuovo metodo del Jolles (*Mediz. Klinik*, anno XV, fasc. 33) l'indossile viene trasformato, ossidandolo insieme al timolo per mezzo di cloruro di ferro, in un nuovo derivato dell'indossile, il 4-cimolo-2 indolindolignone che possiede la qualità di formare con una molecola sola di acido sali di un violetto oscuro. La prova si fa mescolando circa 10 cmc. d'orina con 2 cmc. d'acetato di piombo al 20 %; poi si filtra. Al filtrato limpido si aggiungè 1 ccm. d'una soluzione alcoolica di timolo al 5 %, si scuote, aggiungendo poi ancora 1 ccm. di acido cloridrico concentrato, che in 1 l. contiene 5 gr. di cloruro di ferro, si scuote di nuovo e si lascia depositare per 15'. Poi si aggiungono ancora 4 cmc. di cloroformio; scuotendo leggermente, quest'ultimo estrae la sostanza colorante, tingendosi d'un violetto più o meno intenso.

Questa prova è 4 volte più sensibile di quella dell'Obermayer, capace di riscontrare ancora 0,0032 mg. d'indicano in 10 cmc. d'orina.

La sensibilità viene spiegata dal fatto che per la formazione del colore concorre una molecola sola d'indossile e che risulta un prodotto solo di fronte al bleu, rosso, bruno d'indigo nelle reazioni fino ad ora in uso.

In un secondo metodo il Jolles prende α-naftolo invece del timolo; vi risultano peraltro 2 sostanze isomeriche, il 2 cimolo-2 indolindigo e il 4 cimolo-2 indolignone. La tecnica è la stessa.

La ricerca quantitativa, colorimetrica, che si fa soltanto col primo suo metodo, è troppo complicata per uso clinico. Si può peraltro farsi un concetto approssimativo eseguendo la prova qualitativa sempre alle stesse condizioni e colle stesse quantità. A tale scopo il Jolles ideò dei provini speciali con differenti marche, simili a quelli dell'Esbach.

Col metodo di Jolles si è riusciti a dimostrare la presenza dell'indicano nel sangue normale,

fatto negato dal Tschertkoff nel suo lavoro « Indicanemia ed uremia ». Secondo lui indicanemia si trova soltanto in nefropatici con rilevante ritenzione d'urea nel siero. La modificazione per la ricerca nel sangue è la seguente:

3 cmc. di sangue vengono lasciati coagulare e poi mescolati con 10 cmc. di acido tricloracetico al 20 %. Al filtrato si aggiunge 1/2 cmc. di soluzione alcoolica di timolo al 5 %, si scuote, poi si aggiungono altri 10 cmc. di acido cloridrico che contiene 5 gr. di cloruro di ferro per litro. Dopo mezz'ora si estrae la sostanza colorante con 2 cmc. di cloroformio.

Nel 1916 lo Haas potè stabilire che l'indicano è una componente costante del sangue umano, in 100 cmc. si trova una media di 0,045 mg. La ricerca quantitativa è un indice sottile della funzione renale. 0,16 mg. parlano sempre per un'insufficienza renale, pure 0,15 e 0,14, ove si possa escludere una grave affezione intestinale. Nel coma uremico esso può raggiungere valori fino a 2,7 mg. Lo Haas dimostrò inoltre che l'indicanemia non va parallela all'azoto residuale e che quest'ultimo dunque non dà sempre un criterio giusto sulla funzione dei reni. Data la difficoltà pratica d'un esame quantitativo, lo Haas modificò la reazione in modo d'avere un risultato positivo soltanto in casi d'insufficienza, quando cioè l'indicano oltrepassava i 0,15 mg. in 10 cmc. di siero: egli prende 2 provini con 2 e 1 1/2 cmc. di siero, vi aggiunge ad ognuno eguale quantità d'acqua e doppia di acido tricloracetico al 20 %, filtrando attraverso un filtro del raggio di 6 cm. Dopo aggiunte 7 goccie di soluzione alcoolica di timolo al 5 % mescola aggiungendovi altre 7 goccie di acido cloridrico contenente il 5 ‰ di cloruro di ferro. Dopo 2 ore aggiunge 2 cmc. di cloroformio, scuotendo fortemente. Se dopo mezz'ora la prova con 1 1/2 cmc. è leggermente violetta, se l'Obermayer è negativa o appena positiva, allora si tratta di ritenzione renale. Per criterii più esatti si ricorre all'esame quantitativo. — Si cerca di prendere il siero a digiuno, facendo la prova non più tardi di 12 ore dopo. L'ammalato non deve sottostare a cura jodica, perchè la reazione dello jodio maschera quella dell'indicano.

Nel liquido cefalo-rachidiano l'indicano manca anche in caso di forte indicanemia. Secondo il Rosemberg esso viene trattenuto dalle cellule del plesso coroideo, finchè esse funzionano normalmente. Deutsch potè dimostrarne la sua presenza in alcuni casi di nefrite gravissima; è di prognosi infausta e di solito preagonale.

m. p.

La prova di Sellard per la diagnosi di acidosi.

Allo stato normale, l'ingestione di 5 grammi di bicarbonato di sodio, in una giornata, non è sufficiente per rendere l'orina alcalina. Basta però una quantità leggermente maggiore, per raggiungere tale scopo. Quando invece la riserva alcalina è molto diminuita, quando cioè esiste uno stato di acidosi, non si riesce a rendere l'urina alcalina nemmeno con quantità di bicarbonato molto maggiori (anche fino oltre 100 grammi).

fil.

IGIENE.

La lotta contro la tubercolosi bovina.

La tubercolosi costituisce uno dei più gravi danni dell'allevamento dei bovini. Essa è diffusa specialmente nelle stalle oscure, strette e male aereate, ma non risparmia nemmeno quelle sontuose degli allevamenti di lusso. Il bacillo tubercolare è quindi il nemico principale, la miseria fisiologica ed il resto non contano che come fattori accessorî.

Al contrario che per la specie umana, la tubercolosi nei bovini non colpisce frequentemente i giovani, specialmente perchè questi vengono tenuti in locali a parte, lontani dagli adulti.

La lotta imperniata sulle prove alla tubercolina e le successive eliminazioni degli animali infetti e disinfezione delle stalle, non ha avuto buoni effetti per le grandi spese necessarie e l'attenta e continua sorveglianza, che esige.

Inoltre i piccoli proprietarî di bestiame, che costituiscono la grande maggioranza non hanno nè i mezzi materiali, nè quelli pecuniari per sbarazzarsi dalla malattia, anche col concorso dello Stato. L'isolamento reale ed una disinfezione veramente efficace saranno tuttora impossibili ad ottenersi nella maggior parte delle stalle (M. Moussu, *Bull. de l'Academie de méd.*, 21 ott. 1919).

Il solo concorso dello Stato è insufficiente; è necessaria l'attiva collaborazione delle società d'allevamento, delle associazioni e delle cooperative aricole. La loro azione educatrice e protettrice potrà essere più efficace di ogni altra, senza urtare contro resistenze passive che si hanno quando gli interessati non intravedono i vantaggi delle misure sanitarie. Solo in tal modo si potrà intraprendere una lotta realmente fattiva e feconda.

Il problema è importante anche per la profilassi della tubercolosi umana, poichè ormai è dimostrato che questa è spesso di origine bovina, specialmente nell'età infantile. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1078) *La cura della morfinomania.* — All'abbonato 5457:

La cura della morfinomania si pratica con tre metodi: il metodo della sostituzione, il metodo della soppressione, il metodo misto.

Il metodo della sostituzione consiste nella soppressione della morfina, e nella somministrazione di altri narcotici o analgesici (alcool, oppio, bromuri, cocaina, ecc.) capaci di sopprimere i fenomeni derivanti dalla astinenza morfinica.

Il metodo di sopressione può essere brusco o lento. Il primo sitema si può adoperare solo in soggetti psichicamente e fisicamente forti. Il metodo lento consiste nella riduzione progressiva della morfina somministrata al paziente: si inietterà sempre la stessa quantità di liquido, ma la percentuale di morfina in esso contenuta, ad insaputa del soggetto, viene ogni giorno gradatamente diminuita.

Il metodo misto è una combinazione dei due precedenti. La dose di morfina viene progressivamente diminuita e nello stesso tempo si somministrano altri calmanti per sedare eventuali fenomeni molesti.

Meglio risponde il metodo di soppressione lento ed in alcuni casi quello misto.

La cura riesce meglio in case di salute, perchè il paziente là è nella impossibilità di procurarsi la morfina. *dr.*

(1079) *La cura della ischialgia.* — All'abbonato n. 3018:

Sotto il nome di ischialgie vanno comprese manifestazioni dolorose localizzate o che hanno il punto di massima intensità all'anca. Il sintoma dolore può essere l'espressione di processi muscolari, articolari e nervosi. Il termine di ischialgia è molto vago e non indica affatto nè la natura, nè la sede vera del processo morboso. E le indicazioni terapeutiche, quindi, variano col variare della causa del fenomeno doloroso. *dr.*

(0000) al dott. A. R. da G. M.:

Consigliamo di confrontare il capitolo sul Tetano di N. Tiberti nel *Trattato delle Malattie infettive* di Lustig (Ed. Vallardi, Milano 1915), dove il collega troverà indicata la copiosa letteratura sull'argomento. *g. s.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

RONDANI V. *Manuale di ecografia e tecnografia sanitaria.* Carmagnola. Tipografia Scolastica. L. 6.

Coi tipi della tipografia Scolastica di Carmagnola il dott. Vincenzo Rondani ha pubblicato un interessante manuale di ecografia e tecnografia sanitaria.

Il libro fu scritto nel 1915, ma per le condizioni interne del Paese, durante la guerra, per riguardo ai Medici e più specialmente agli Ufficiali sanitari ai quali è indirizzato in modo speciale, in gran parte assenti per il servizio di guerra e tutti sovraccarichi di lavoro, non venne creduta opportuna la sua diffusione che col graduale ritorno alla vita normale cittadina, vita nuova però, che porta a nuove necessità igieniche specialmente edilizie, vita nuova che si inizio con nuovi orizzonti industriali per cui più facilmente e più opportunamente potranno maggiormente fruttare le nuove istituzioni sanitarie.

Ora che l'igiene in materia edilizia industriale sta riprendendo la sua rivincita è doveroso che venga conosciuto un manuale veramente pratico, quale è quello del dott. Rondani, che riassume in pochi capitoli notevoli per chiarazzà e per sicurezza di vedute e d'intenti una lunga pratica di lavoro devoluto alla vigilanza igienica della *casa* e *dell'officina.*

Il pregevole libro del Rondani, ricco di illustrazioni, è il primo che ampiamente sviluppi e descriva la materia igienico edilizia industriale con criteri nuovi. Valendosi di quanto fu fatto in merito presso l'Ufficio d'Igiene di Torino, tratta dell'impianto e del funzionamento dei *casellari ecografici e tecnografici municipali,* della loro utilità e praticità igienica: svolge il concetto nuovo degli *Uffici municipali degli alloggi,* che ora più che mai dovrebbero avere il compito di facilitare la risoluzione della crisi gravissima della deficenza di case; insegna come, in sostanza, debba attuarsi tutta la vigilanza igienico-ediliza industriale.

Il libro porta inoltre un modulario completo dell'Ecografia sanitaria - Metodo Rondani - e tutti i moduli necessari per lo svolgimento dei servizi di vigilanza.

Come appendice elenca tutte le disposizioni legislative relative all'igiene dell'industria e della salute operaia e descrive in ultimo il funzionamento dei Casellari sanitari già funzionanti a Milano, Genova, Roma, Parigi, Le-Havre, Nancy, ecc.

Il Rondani creò la terminologia specifica, già accettata da tempo da tutti i congressi e da tutte le Autorità sanitarie, chiamando « Ecografia sanitaria » dal grego *OIKIA* casa, *GRAFO* descrivo, il complesso di studi e di ricerche riflettenti a casa.

Il volume è presentato da una assai lusinghiera prefazione del chairissimo prof. Francesco Abba, ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio di Igiene di Torino.

Ogni Ufficiale sanitario, ogni igienista, ogni studioso della materia, ogni tutore della salute pubblica e del pubblico interesse ha nel manuale

Rondani, una guida sicura per l'applicazione della norma veramente pratica, perchè riesca efficace la vigilanza igienica del lavoro e della casa. Prof. PAOLO ALMASIO.

G. MALAN. *Sunto di sintomatologia e terapia. — Medicina interna.* 1 volume in-16° tascabile di pag. VIII-152. Società Editrice Libraria, 1919. Prezzo L. 6.50.

È un volume modesto ma che potrà riuscire prezioso ai medici pratici — specialmente ai più giovani colleghi — per dirimere dubbi o per richiamare nozioni fondamentali, nel campo diagnostico e terapeutico, sia di fronte al malato, sia negl'intervalli tra le visite.

Le malattie vi sono ordinate per gruppi, secondo la natura o la sede (infettive, polmonari, renali, ecc.). Ognuno di tali gruppi ci si presenta come in un quadro: ciò agevola la consultazione del lavoro e ne accresce l'utilità pratica.

Il volume avrà sicuramente un rapido esito e vanterà molte edizioni.

R. B.

Sir LAUDER-BRUNTON. *Thérapeutique de la Circulation.* 1 vol. in-8° grande con 111 figure nel testo. Traduzione sulla 2ª edizione inglese. Parigi, Librairie Félix Alcan, 1919. Prezzo fr. 16.50.

Con metodo rigoroso, con l'abbondanza e la precisione dei particolari che costituiscono la prerogativa di altre pubblicazioni ben note del Lauder-Brunton, questi espone i mezzi da mettere in opera per rimediare ai disturbi che si manifestano nel corso delle cardio-angiopatie.

L'A. stima indispensabile, per affrontare con sicurezza e coscienziosità lo studio della terapia, di precisare prima la fisiologia, la patologia, la farmacologia e la semiotica della circolazione; egli considera questi capitoli come i *pilastri,* su cui può essere lanciata poi facilmente la *vôlta* di una terapia scientifica.

S'indugia poco sull'anatomia patologica e sulla diagnostica, perchè di solito vengono esposte ampiamente nei trattati sulle malattie cardiovascolari; invece consacra lunghi e succosi capitoli alla fisiologia, alla fisiopatologia ed alla farmacologia.

Su queste basi sicure, egli costruisce i vari capitoli della terapia: metodi curativi, azione dei rimedi, trattamento generale e speciale delle affezioni organiche e dei disturbi funzionali, trattamento dei sintomi concomitanti e satelliti (quest'ultima parte ci sembra meno curata delle altre).

La prima edizione del lavoro raccoglieva otto conferenze (tenute, in seguito ad invito, nel Laboratorio di Fisiologia dell'Università di Londra); in esse il celebre farmacologo e terapista inglese esponeva prevalentemente le sue ricerche e le sue concezioni. La nuova edizione ha assunto caratteri più generali e di praticità, che la raccomandano all'attenzione di tutti i medici esercenti.

R. B.

VARIA.

I medici in Russia e i Soviet. — La Med. Klinik pubblica un'intervista con un reduce di Russia, dove è abbozzato un curioso stato di fatto. Lo riassumiamo col riserbo necessario per tutte le notizie nord-orientali, che hanno come caratteristica comune l'impossibilità di appurare quanto siano tendenziose ed a quale finalità mirino.

In genere i medici sono considerati appartenenti alla classe borghese, e sarebbero spesso accusati di curare solo i ricchi. Negli ospedali, nelle fabbriche, nelle ferrovie il medico è sotto controllo e tutela dell'operaio o dell'infermiere, e non sempre le cose corrono liscie. Esistono però commissioni di appello composte di operai e di medici.

Il libero esercente non è molto disturbato nelle sue pratiche ma gli onorari non sono variati dal periodo precedente la rivoluzione, mentre i costi sono decuplati.

Molti medici hanno risolto il problema alimentare arruolandosi nell'esercito rosso.

Quando nel 1918 scoppiò il colera i rapporti tra il governo e i medici divennero buoni, ed in genere può dirsi che dal punto di vista sanitario i medici hanno libertà di azione: le complicanze nascono quando si tratta di stabilire traverso le commissioni bolsceviche le forme di connivenza sociale.

Nella classifica bolschevica i medici appartengono, assieme agli avvocati e agli artisti, alla terza categoria, con diritto ad una sola razione settimanale, ma a due stanze anzichè ad una sola. (Da « Pathologica »).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

BUSACCHI PIETRO: Su di un fenomeno toraco-cefalico in condizioni fisiologiche e in alcune affezioni dell'apparato respiratorio. — Milano, 1919.

FRANCHINI FILIPPO e PALMIERI GIUSEPPE G.: Contributo radiologico allo studio degli spostamenti del cuore di origine respiratoria. — Bologna, 1919.

Istituto di Patologia e Clinica Medica Veterinaria della R. Università di Bologna. Anni 1917-1918. Pubblicazioni. — Bologna, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici in Parlamento.

Il numero dei deputati medici si mantiene dal 1909 presso che costante. Nel 1909 il Paese mandò alla Camera 35 medici, 36 ne mandò nel 1913, 37 ne ha inviati nelle ultime elezioni del novembre 1919.

La Camera in seguito all'ultimo scioglimento ha perduto parecchie personalità spiccate del mondo medico: alcuni sono stati chiamati a sedere nelle più tranquille aule senatoriali, altri hanno abbandonato la vita politica, pochi non sono stati fortunati nel giuoco elettorale. In compenso la Camera si è arricchita di nuovi giovani elementi già noti per il loro valore scientifico, già maturi per la vita politica.

I nuovi deputati medici si trovano distribuiti in tutti i partiti della Camera: 11 nel gruppo socialista ufficiale, uno nel gruppo popolare, i rimanenti negli altri gruppi, dal socialista riformista al liberale. In confronto della Camera dell'ultima legislatura si ha un piccolo aumento di medici deputati appartenenti al partito socialista ufficiale.

L'attività dei deputati medici della passata legislatura non fu sempre proporzionata ed intonata agli effettivi bisogni del Paese. La guerra dette un'abbondante materia da trattare per i nostri onorevoli colleghi, ma essi non sempre fecero oggetto della loro attenzione i problemi sanitari del momento. Preferirono misurarsi in lotte alle quali erano estranei gli argomenti sanitari.

Il tentativo di formare un gruppo parlamentare medico non ebbe successo. I deputati medici erano polarizzati verso le idee ed i presupposti dei rispettivi partiti, le quali ed i quali coincidevano spesso con gli interessi elettorali immediati, che non potevano in alcun modo trovar consenso di pensiero e di azione neppure nella comune preparazione scientifica e nella comune attività professionale.

La mentalità medica par fatta più per dividere che per unire. I medici son fatti più per lottare fra loro, che per difendere sè stessi o idee che dovrebbero essere loro comuni, dai comuni avversari. Non deve quindi meravigliare se il gruppo medico parlamentare nella passata legislatura costituì solo un desiderio di alcuni suoi ostinati propugnatori.

Abbiamo letto sui giornali che un analogo tentativo è stato fatto dopo le ultime elezioni. I precedenti ci dovrebbero fare scettici, e del resto il numero dei convenuti alla adunanza indetta per la costituzione del gruppo, non contribuisce a modificare il nostro pessimismo. Ma assai più che negli individui, abbiamo fede nella forza delle necessità. Malgrado la mentalità dei medici abbiamo fede che le supreme esigenze del Paese richiederanno più che la formazione di un gruppo parlamentare medico, la costituzione di un partito medico. Riteniamo necessaria la istituzione di un partito di medici, che al disopra di ogni altro partito propugni e difenda la salute dell'umanità, il miglioramento della razza. E ciò non si potrà ottenere se non con una più sana ed illuminata coscienza di Governo, con il miglioramento economico e l'educazione del popolo.

Si dice che la impossibilità di costituire un gruppo parlamentare medico, che possa esplicare una efficace opera del miglioramento sanitario del Paese, dipende dalla riluttanza di alcuni deputati medici a prendere contatto con i colleghi di altri partiti. Se così è non sappiamo come salde e sicure possano essere le convinzioni di costoro, che temono che le loro idee non sappiano resistere al confronto di altre. Non sappiamo quale sia l'elasticità dei legamenti e la tonicità dei muscoli di questa gente che temendo di flettersi anchilosa la propria schiena.

Ma certo non la rinunzia dei propri ideali si richiede. Anzi è più utile che ognuno rimanga nel proprio partito per interessarlo a quelle quistioni sanitarie che solo per ragion di competenza sono trattate dal gruppo medico.

Comunque è bene che i deputati medici si convincano che solo dalla loro concorde azione in Parlamento possono ottenersi vantaggi per la classe medica e progressi nella difesa sanitaria del Paese.

Pangloss.

Per i medici delle Mutue.

Una sottospecie nuova del genere *Medicus* (irritabile genus!) domanda l'*habitat* in queste colonne, forse per la prima volta, ed a proposito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Si tratta del *Medicus genericus* varietà o meglio sottospecie *mutualisticus*. In parole piane, i medici delle Società mutue di soccorso vogliono dire la loro parola, un po' tardi è vero, ai riguardi del progetto di legge che sta per comparire (non forse per scomparire?) dinnanzi al

Parlamento e vogliono ricordare in mezzo alle voci dei colleghi condotti, liberi esercenti, specialisti, ecc., che anch'essi hanno delle cose da dire, dei diritti da proclamare, dei desiderata da presentare; essi che sono gli organismi medici sorti e sviluppatisi in una lunga gestazione, ma i più diretti embrioni forse del corpo medico che l'ordinamento sanitario nuovo darà alla luce. Un po' tardi è detto, ma non per colpa loro. Se i medici liberi, lo ammette il prof. Silvagni, tardi furono chiamati nella Reale Commissione incaricata di apprestare i progetti che costituirono l'A e il B della futura prossima provvidenza sociale, *mai* furono cercati i medici mutualistici, i quali pure avrebbero potuto portare, e non soltanto nell'interesse della loro categoria, un vasto e proficuo contributo allo studio delle varie questioni che essi umilmente ma quotidianamente nella loro pratica hanno dovuto da lunghi decenni studiare e sviscerare e volta per volta risolvere da soli senza i lumi della scienza attuariale, senza la tutela di apposite proprie organizzazioni, senza il consiglio di illustri patroni, ma anzi spesso contro i Consigli di meno illustri *padroni*. Tardi sì, ma forse in tempo, poichè nelle more della elaborazione parlamentare del progetto di legge potrebbe per avventura giungere ancora agli orecchi di qualcuno dei critici o degli assertori parlamentari più accessibili alla voce degli umili, la voce bonaria di questi artefici primi del principio di assistenza sanitaria sociale, i quali hanno avuto il torto massimo di non essere finora stati capaci a stringersi in un fascio e di gridare forte come le altre categorie sanitarie la loro voce collettiva.

Ma non è questo il momento per loro di far squillare la propria voce suadente e consigliatrice quando invece la loro voce in questo istante è una voce di angoscia. Io non so quanti saranno in Italia i medici mutualistici, *i puri*, vale a dire non quelli che framezzo alle altre occupazioni professionali trovano modo di prestare la loro opera gratuita o quasi ai piccoli Sodalizi di 50 o 100 soci, ma quelli che vi hanno dedicata la massima parte della loro opera professionale, a detrimento delle altre manifestazioni di questa, quelli che si son fatta una vera carriera del loro servizio alle parecchie grandi Società Mutue che fioriscono nei più progrediti centri della penisola. Quelli che hanno esperito concorsi non sempre facili per conquistare un posto, che hanno lottato e stanno ancora lottando per ottenere tariffe eque, per guadagnare un organico, una stabilità, quelli che hanno 30 anni di servizio, che sono vecchi e non potranno più rinnovare una clientela anche fra i tutelati del nuovo ordinamento di assistenza sanitaria, e che si vedranno da un giorno all'altro buttati sul lastrico della concorrenza con colleghi più giovanilmente agili e forti, e ciò dove la concorrenza è più fiera, nelle grandi città.

Il servizio che alla collettività le Società di mutuo soccorso, dal lato medico, hanno prestato è stato forse mai valorizzato? Le deficienze dell'istituto dell'assistenza dei poveri tutti le conoscono, ma chi ha mai saputo che l'integrazione di questo servizio è stata appunto esercitata dalle Società Mutue, germoglio dal quale è sbocciata l'idea del novello ordinamento di assistenza? Questo germoglio rimasto allo stato di germoglio per tanti decenni ha permesso di ritardare, almeno per le regioni più fortunate della Nazione, il provvedimento cui la guerra doveva essere madrina. Ma chi sono stati gli agenti di questa forza che è rimasta latente e che ora si è resa potenziale? Chi ha tenuto acceso il sacro fuoco, chi ha coltivato, ha sviluppato, ha perfezionato i teneri organi che si dovranno ora liberamente espandere? Questo umilmente, indefessamente, con sacrificio di pane e di dignità professionale, i medici mutualistici hanno fatto finora. E voi li misconoscete, li dimenticate, li scacciate, li private del loro passato e del loro avvenire! Poichè la Commissione è oramai sciolta e la legge sta per essere presentata al Parlamento, provvedano almeno i parlamentari, i parlamentari sanitari sopratutto, a correggere l'ingiustizia, a sanare la ferita — ed anche i parlamentari che traggono le loro forze politiche dal voto del lavoratore iscritto alle Società Mutue, si ricordino di questo collaboratore loro, in una delle non ultime opere di redenzione dei lavoratori: quella che li sottrasse alla beneficenza privata, e spendano una parola per la giustizia della loro causa.

I desiderata dei medici mutualistici sarebbero questi, poichè credo di farmi interprete loro anche se non autorizzato:

« Parificazione dei loro diritti a quelli dei medici condotti riguardo all'assunzione a medici di zona o fiduciari dell'assicurazione statale, quando abbiano certi attributi di anzianità, di modalità di nomina, di contratto, di importanza di servizio da loro prestata come pari o integrativo al servizio di condotta medica, attributi da valutarsi alla stregua di norme da stabilirsi ».

Subordinatamente — nei concorsi ai posti di dirigenza, di ispezione o di fiducia — valutazione speciale di preferenza dei titoli costituiti da servizii mutualistici e prevalenza in ogni caso dei medesimi a parità di votazione nelle graduatorie dei concorsi.

Torino.

Dott. ENRICO GASCA.

Cronaca del movimento professionale.

Al Collegio-Convitto di Perugia.

Dal resoconto dell'adunanza del Consiglio di amministrazione, tenuta il 22 ottobre 1919, ora pervenutoci, rileviamo che il presidente prof. Simonetta sta interessandosi vivamente affinchè il contributo annuale dei sanitari venga portato a L. 24, all'atto del tramutamento in Legge del D. L. del 27 ottobre 1918, col quale la quota individuale era stata elevata da L. 6 a L. 10 annue, a partire dal 1° gennaio 1919, tenendo in particolare conto il voto espresso dal XIII Congresso dei Medici condotti tenuto in Ancona il 29 settembre p. p.; che, per iniziativa dell'avv. Nilo Tibaldi di Milano, il quale fu allievo del Convitto di Perugia, si è costituito un Patronato per gli ex-assistiti del Collegio-Convitto, allo scopo di dare appoggio morale e materiale ai giovani per i quali l'Opera Pia non può continuare l'assistenza, sia perchè già diplomati o laureati, sia per ragioni di età; che l'attività netta patronale negli esercizi finanziari del periodo della guerra europea è andata aumentando dal 1914 al 1917, fino a raggiungere L. 193,220.17, ma nel 1918 diminuì a L. 162.760,39; che la notevole diminuzione è dovuta al minor gettito dei contributi ordinari dei Sanitari. Questa diminuzione di contributi in parte è dovuta al fatto che, per la chiamata alle armi, per essere vacanti moltissimi posti di medici, farmacisti, veterinari di Comuni e Opere Pie, è venuto a diminuire il numero dei contribuenti; ma nella maggior parte alla disposizione del regolamento 17 maggio 1917 per l'esecuzione della legge 2 luglio 1911 — con la quale i dipendenti delle amministrazioni dello Stato sono *esclusi* dai ruoli provinciali, e inclusi nei ruoli centrali. Ora, il più importante di questi ruoli — quello del Ministero della Pubblica Istruzione, che comprende professori, assistenti, medici, farmacisti, veterinari — non è ancora stato consegnato all'Amministrazione del Collegio: solo dopo numerose insistenze di questa, in recente lettera, il Ministero assicura che il ruolo è in corso di stampa. Si dovranno perciò nel corrente anno riscuotere i relativi contributi, regolarmente, compresi i residui degli anni 1917-1918. Con questo si dovrebbe ricondurre la riscossione dei contributi, migliorato l'importo per il 1919 a L. 10, al suo normale andamento. Delle difficoltà inerenti al periodo di Guerra risentirono alquanto, nel 1918, anche le *entrate straordinarie*.

Per la organizzazione della Croce Rossa.

L'Assemblea dei soci in Torino della Lega tra gli ufficiali medici della Croce Rossa con un Ordine del giorno votato all'unanimità ha chiesto:

1° che venga definita nettamente la posizione del Personale sanitario di fronte alla Direzione della Croce Rossa Italiana in tempo di pace e che si istituisca un equo trattamento economico dei medici nei riguardi dei servizi sanitari civili che costituiranno lo scopo futuro dell'Associazione;

2° che venga reso partecipe più direttamente e in numero prevalente, per la speciale sua competenza, l'elemento sanitario nella Direzione stessa del Sodalizio;

3° di opporsi con tutti in mezzi a sua disposizione, a qualsiasi sopruso o a qualsiasi imposizione venisse fatta dai dirigenti del Sodalizio alla Classe Medica nella organizzazione e nella sistemazione del servizio per le nuove finalità della Croce Rossa Internazionale;

4° che venga fatta una inchiesta larga e rigorosa sul funzionamento tecnico e amministrativo dell'Associazione durante l'ultima guerra;

5° che venga fatta una inchiesta larga e rigorosa sul servizio assistenza ai Prigionieri di guerra;

6° che vengano presi opportuni accordi coi Ministeri competenti atti ad ottenere uniformità di comando, parità di trattamento, riduzione di spese in tempo di guerra col passaggio immediato e completo in caso di eventuale mobilitazione di tutto il personale della Croce Rossa alle dirette dipendenze della Sanità Militare.

Ordine dei medici della provincia di Roma.

In una seduta del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, furono discusse diverse questioni di capitale importanza per la classe e per singole categorie di essa. Furono studiati i mezzi di attuazione pratica del nuovo capitolato tipo per le condotte della Provincia, il quale provvede a varie giuste rivendicazioni dei medici condotti; fu iniziata la revisione della bozza di tariffa per le prestazioni sanitarie, presentata al Consiglio dall'apposita Commissione, vagliandone i mezzi più opportuni per la diffusione, specialmente tra la cittadinanza; vennero discussi dettagliatamente i desiderata del Fascio Romano Reduci Medici Chirurgi, in relazione alle norme dei concorsi; infine fu fatto un accurato riassunto dei lavori svolti per circa un mese, in varie adunanze, dalla Commissione aggregata al Consiglio per l'esame del progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, in relazione ai legittimi e gravi interessi di alcune categorie di medici.

Il Consiglio, in ultimo, deliberava di rivolgersi ai colleghi invitandoli a concorrere del loro meglio alla sottoscrizione del nuovo prestito nazionale.

L'Associazione fra i medici chirurghi liberi esercenti nella provincia di Roma.

riunita in assemblea per discutere in merito agli interessi della classe, ha approvato il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea dei medici liberi esercenti nella Provincia di Roma, preso in esame il disegno di legge sulla assicurazione obbligatoria per le malattie, considerando che con la latitudine da esso disegno adottata nell'iscrizione fra gli assicurati ed assistiti sottrae al libero esercizio un numero notevole di individui, mentre plaude all'opera sociale ed umanitaria che la legge si propone, delibera di tenere viva una agitazione presso le Associazioni consimili affinchè, nello stabilire l'onorario per il libero esercente e nel compilare il regolamento per le prestazioni, si seguano criteri che valgano a tutelare e la dignità della classe e gli interessi di essa, per modo che tali onorari siano corrispondenti alle tariffe recentemente adottate e che nella Commissione per il regolamento sia compreso un rappresentante dei liberi esercenti. Delibera altresì di promuovere un convegno fra le Associazioni consorelle per stabilire le norme definitive da includersi nel progetto di legge a tutela degli interessi della classe ».

L'organizzazione dei medici subalterni degli Ospedali di Trieste.

I medici subalterni — detti esterni — che prestano servizio senza emolumento — o secondari con emolumenti che si aggirano sulle L. 1500 annue — hanno sentito il bisogno di organizzarsi, come l'hanno sentito tutte le categorie dei salariati, per la salvaguardia dei propri interessi. E si sono adunati, deliberando di inscriversi alla Federazione degli addetti al Comune, per concretare le loro richieste e farle appoggiare.

Ancora il caso Masnata.

La Sezione dei Medici Ospedalieri di Pavia,

« Ripresa in esame la quistione Masnata, in seguito alla pubblicazione: « Risposta al professor Masnata » deliberata dalle Amministrazioni Comunale ed Ospitaliera di Stradella, riunite la sera del 12 novembre 1919.

« Ritenuto:

che, pur astraendo dalle dimissioni ormai costituite in dato di fatto, resta ancora insoluta la quistione morale, che più preme, prospettata nell'Ordine del giorno del XXVI Congresso di Chirurgia tenuto a Trieste il 3 ottobre corrente anno;

e che d'altra parte nella risposta del Consiglio Comunale ed Ospitaliero al n. 2 è deliberato: « di tenersi a disposizione di qualunque giury d'onore »,

pur restringendo il campo all'*accusa di persecuzione e di vendetta* mossa dalla Società Italiana di chirurgia contro le dette Amministrazioni di Stradella;

fa voti perchè si dia luogo a tale deliberazione, e si rivolge alle parti perchè per la dignità delle pubbliche Amministrazioni e della classe medica vogliano sollecitamente costituire un giury il quale, nei termini della più volte citata deliberazione del 12 novembre e della nota aggiunta, risolva una questione morale che non soffre ulteriori indugi ».

COLTURA SUPERIORE.

Per l'obbligatorietà dell'insegnamento dell'oto-rino-laringologia nelle facoltà Mediche.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Laringologia ha formulato il seguente ordine del giorno e lo ha trasmesso alla Commissione nominata per la riforma degli studi medici, in Roma:

« Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Laringologia, Rinologia e Otologia, considerando i danni che provengono alla cultura clinica dalla mancanza dell'insegnamento universitario della semiologia oto-rino-laringojatrica, danni che si riflettono necessariamente sull'esercizio pratico, tenuto presente il grandioso, felicissimo esperimento attuato dalla Sanità Militare nella nostra guerra, coll'introdurre nel suo organico il servizio oto-rino-laringojatrico, che si rivelò tanto benemerito sia nei riguardi profilattici che nei curativi e medico-legali, rinnova il voto, tante volte espresso e trasmesso ai Ministri della Pubblica Istruzione negli annuali Congressi della Società, che diventi obbligatorio l'insegnamento della Oto-laringologia nelle nostre Università come lo è già ora presso altre nazioni ».

***

In conformità a questo voto, per recente deliberazione del Consiglio superiore della P. I., è stato deciso che, per il conferimento della laurea in medicina e chirurgia, sia da ora innanzi obbligatoria la frequenza del corso di Clinica otorinolaringologica.

Per raggiungere maggiore efficacia ed utilità pratica, l'insegnamento sarà impartito a gruppi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8099) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. P. da P. Non ancora la giurisprudenza ha avuto occasione di pronunziarsi sulla questione da Lei accennata. Molti ritengono, però, la teoria secondo cui il medico condotto, che presta servizio in più Comuni deve ricevere da tutti la intera indennità, dovendosi interpretare le parole usate dal D. L. *di enti pubblici locali* per enti pubblici compresi nell'ambito della medesima giurisdizione comunale.

(8100) *Pensione di guerra - Pensione civile.* — Dott. R. B. B. da C. Non può aver diritto a pensione di guerra perchè fu già dichiarato che la infermità non perveniva da causa di servizio. Gli anni passati sotto le armi non sono perduti agli effetti della pensione civile perchè essi sono valutati come quelli di servizio ordinario, sempre quando nel frattempo si sieno pagati regolarmente i contributi prescritti. La infermità avuta durante il servizio militare può essere invocata per ottenere la liquidazione della pensione civile ai sensi dello articolo 20 del testo unico capoverso 1°.

Prima di iniziare qualsiasi pratica al riguardo sarebbe, però, bene conoscere le definitive decisioni del Ministero dalla guerra sul risultato dell'ultima visita collegiale passata, al fini di rilevare se sia o meno il caso dell'applicazione delle disposizioni relative alle pensioni privilegiate di guerra.

(8101) *Referto giudiziario.* — Dott. G. M. da C. Allorchè il referto giudiziario del medico condotto o di un libero esercente espone la persona assistita ad un procedimento penale, come nel caso da Lei esposto, il referto stesso deve essere omesso, a termini dello articolo 439 del Codice penale. Il Pretore ha, quindi, ragione.

(8102) *Certificati medici per la mutualità scolastica.* — Dott. A. B. da C. I certificati di cui Ella parla debbono essere pagati da chi li richiede, tranne che il richiedente non sia inscritto nello elenco dei poveri e non abbia, quindi, diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita. Circa la misura del compenso converrà attenersi che consuetudini locali.

(8103) *Indennità caro-viveri.* — Dott. M. M. da F. A Lei, che è vedovo con cinque figli, è applicabile il capoverso secondo dello articolo 3° del D. L. del 14 settembre 1918, n. 1314, secondo cui a coloro che hanno più di quattro persone di famiglia compresi i figli, compete la indennità suppletiva di lire 0.85 per ogni persona in più delle quattro. Quindi Ella, pur conservando l'indennità principale di lire 100 mensili, ha diritto ad una sola indennità suppletiva di centesimi 85.

(8108) *Distacco di territorio da un Comune.* — Dott. G. B. da L. al L. Per salvaguardare i suoi inuteressi non vi ha altro mezzo che quello di indurre il Comune subentrante ad inserire nella convenzione, che dovrà stipulare con codesto per la cessione del territorio un articolo secondo cui il medico condotto resterà come interino a prestar servizio anche nella zona distaccata fino a quando non sarà possibile provevdere alla formazione di un regolare consorzio, il di cui titolare dovrebbe essere quello del Comune, che resta falcidiato.

(8109) *Aumento sessennale.* — Dott. F. F. da S. Il periodo interinale non è mai considerato in quello prefisso per l'aumento sessennale, che decorre dalla nomina regolare conseguita in base a concorso. Oltre a ciò, il diritto al sessennio si acquista col compimento del periodo di tempo stabilito dai rispettivi regolamenti. Prima che tal periodo si compia, l'impiegato non ha alcun diritto, ma una semplice aspettativa e perciò non può reclamare se, nel frattempo,, una nuova disposizione modifica le modalità necessarie per l'acquisto del diritto stesso — Ella, pertanto, dovrebbe attendere il compimento del 10° anno, se il periodo decennale è stato nel nuovo regolamento provinciale stabilito per aver diritto al sessennio.

(8110) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da T. A norma del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, l'indennità caro-viveri da corrispondersi agli impiegati che prestano servizio presso l'Amm.ne dello Stato ed il Comune è ripartita a carico di ciascuna delle Amministrazioni obbligate proporzionalmente agli stipendii rispettivamente dovuti.

In applicazione di tale principio a Lei spetta un unica indennità divisa proporzionalmente fra il Comune e lo Stato.

(8111) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. S. da P. S. La giurisprudenza non ha ancora avuto occasione di interpretare in modo autentico le parole *enti locali* incluse nel D. L. del Marzo 1919. La più accreditata interpretazione dottrinale è quella però indicata e, cioè, che per enti locali si debbono intendere quelli compresi nella medesima circoscrizione comunale.

(8112) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. A. da C. Essendo Ella dimessa dalla carica può chiedere al Comune solamente il pagamento della indennità caro-viveri dal 1° gennaio 1919 fino al giorno in cui ha lasciato il servizio, in forza del D. L. del 9 marzo 1919, n. 738, sempre che ha coperto un posto compreso nell pianta organica e privo di titolare, e non semplicemente assente per servizio militare od altra transitoria c...

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico chirurgo laureato da 7 anni, provetto servizio ospidaliero, reparti infettivi, cerca posto in ospedale o in condotta, media od alta Italia. Scrivere al N. 4355o A libretto ferroviario, Clinica ostetrica Policlinico, Roma.

È vacante il posto di medico condotto nei comuni di Trarego e Viggiona (Novara). — Abitanti 913. Località di villeggiatura, a Km. 5 da Cannero.
Inviare offerte al sindaco di Trarego, Presidente del Consorzio medico.

Sanitario ottimi titoli, lunga pratica, versato a preferenza in chirurgia, cerca interinato in Comune sprovvisto di titolare, oppure posto fisso in Ospedale. Dott. Enrico Melone, Caserta.

Medico trentaseienne con ottimi requisiti pratici assumerebbe condotta interinato preferibilmente provincia Romana. Rivolgersi Bernardi, via Bergamo, int. 5. Roma.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Nelle Università.

I proff. Castellani Aldo, ordinario di Clinica delle malattie tropicali a Napoli, e De Giaxa Vincenzo, ordinario di igiene a Napoli, sono dimissionari dal grado e dall'ufficio.
Al posto del prof. Castellani la Facoltà medica ha chiamato il prof. Giovanni Boeri.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori:
Bartolotti Cesare, in Patologia spec. medica dim., a Roma. — Berti Antonino, in Clinica medica, a Padova. — Domenichini Giacomo, in Medicina legale, a Parma. — Furno Alberto, in Patologia spec. medica dim., a Siena. — Losio Giov. Battista, in Malattie delle vie urinarie, a Bologna. — Pellegrini Rinaldo, in Medicina legale, a Parma. — Vaglio Ruggero, in Clinica pediatrica, a Napoli. — Zironi Amilcare, in Patologia generale, a Firenze. — Amenta Antonino, in Patol. spec. chirurgica dim., a Palermo. — Barbara Mario, in Patologia spec. medica dim., a Palermo. — Cagnola Amedeo, in Otorinolaringoiatria, a Pavia. — Chiesi Antonio, in Patologia spec. chirurgica dim., a Parma. — Cinquemani Fortunato, in Medicina operatoria, a Palermo. — Dotti Giannantonio, in Clinica pediatrica, a Firenze. — Fulle Giov. Battista, in Patologia generale, a Firenze. — Gervino Attilio, in Patol. spec. medica dim., a Pisa. — Giglio Antonino, in Patol. spec. chirurgica dim., a Palermo. — Ninni Camillo, in Batteriologia, a Napoli. — Pidone Mariano, in Clinica dermosifilopatica, a Catania. — Pistolese Filippo, in Patologia spec. chirurgica, a Napoli. — Rubino Salvatore, in Clinica oculistica, a Catania. — Viscontini Carlo, in Patologia spec. chirurgica dim., a Pavia. — Zanetti Giovanni, in Clinica pediatrica, a Parma.

Sono trasferite le seguenti libere docenze:
Agazzi Benedetto, da Torino a Pavia, in Otorinolaringoiatria. — Ballerini Giorgio, da Parma a Firenze, in Ostetricia e Ginecologia. — Borri Andrea, da Pisa a Parma, in Patologia spec. medica dim. — Bruzzone Carlo, da Genova a Torino, in Otorinolaringoiatria. — Coen-Pirani Renato, da Pisa a Bologna, in Ostetricia e Ginecologia. — Giugni Francesco, da Roma a Parma, in Patologia speciale medica dimostrativa. — Gruner Ettore, da Siena a Torino, in Patologia spec. medica, dim. — Ioffrida Menotti, da Palermo a Padova, in Patologia speciale medica dim. — Lessona Silvio, da Roma a Pisa, in Diritto sanitario. — Marcora Ferruccio, da Pavia a Roma, in Patologia spec. medica dim. — Samele Ettore, da Modena a Napoli, in Patologia spec. medica dimostrativa. — Savarè Michelangelo, da Firenze a Parma, in Clinica ostetrica e ginecologica. — Varisco Azzo, da Pavia a Firenze, in Patologia spec. medica dim. — Viana Odorico, da Bologna a Padova, in Ostetricia e Ginecologia.

MEDICINA SOCIALE.

La riforma dell'assistenza infermiera.

Lo studio di questo importante problema, che coinvolge tanti interessi, d'indole umanitaria, economica, sociale, è stato affidato ad una Commissione di cui fanno parte personalità di riconosciuta competenza tecnica ed amministrativa. Le conclusioni, a cui è arrivata detta Commissione, sono esposte in una elaborata relazione, che, con viva franchezza, mette a nudo le nostre deficienze in proposito, e propone i mezzi ritenuti efficaci per ripararvi.

Sulla insufficienza e sulle cattive condizioni di molti dei nostri istituti ospedaleri, nonchè sulla deficienza del personale di assistenza, sia esso religioso, laico o volontario, è inutile insistere, perchè si tratta di fatti a tutti noti. Gravissimi sono i danni che da tale stato di cose derivano agli infermi, spesso esposti ad un aggravamento del loro stato od a gratuite sofferenze. È quindi necessario provvedere seriamente in proposito, come pure rivolgere l'attenzione anche all'assistenza a domicilio, che da noi si può dire che manchi affatto, specialmente nelle campagne, ed è talora, oltre che tecnicamente deficiente, inaccessibile per l'alta rimunerazione che esige.

Di fronte a tali condizioni, di cui è inutile nascondersi la gravità, affatto insufficienti sarebbero le poche riforme che potrebbero in breve tempo attuarsi, quali il miglioramento dei corsi di istruzione e del trattamento da farsi al personale, le modificazioni ai regolamenti, ecc. Solo a patto di profonda trasformazione si potrà ottenere che gli sforzi siano coronati da successo.

Prima di addivenire a proposte concrete la Commissione ha esaminato come la questione era stata risolta in quei paesi che, sotto tale punto di

vista, sono meglio organizzati che noi. Ciò si verifica soprattutto in Inghilterra, dove la grandiosa riforma dell'assistenza immediata si deve all'apostolato di miss Florence Nightingale, la quale ebbe lucida la visione che niun tecnicismo professionale, per quanto elevato, avrebbe potuto supplire la mancanza dello spirito di abnegazione e di carità. Reclutate fra quelle donne di civile condizione, di buona famiglia, che hanno, racchiusi nell'anima, ignorati tesori di carità e di devozione, le *nurses*, pure essendo al di fuori di ogni vincolo religioso, prendono la loro professione come una vera missione. La disciplina regge questa provvida istituzione, in cui le aspiranti, dopo un esperimento preliminare, sono ammesse come allieve, e come tali fanno un tirocinio di due-tre anni. Durante questo tempo viene impartito un insegnamento teorico-pratico; dopo di che esse passano infermiere effettive e poi caposala.

L'ultimo gradino della gerarchia è l'ufficio di *matron*, che costituisce la chiave di volta della riforma; essa ha larghi poteri e piena responsabilità rispetto al personale di assistenza, ed all'andamento del servizio.

Il trattamento di questo personale, pur non essendo molto largo, per quanto riguarda i compensi pecuniari, è pienamente adeguato alle abitudini della classe sociale da cui proviene ed alla dignità dell'ufficio che ricopre.

Dopo il periodo di tirocinio, le *nurses* ricevono un diploma, col quale sono ammesse a prestare servizio negli ospedali militari, nei manicomi, nei servizi igienici (scuole primarie, lotta antitubercolare, assistenza di malattie infettive, nell'assistenza a domicilio.

Scuole di tale tipo si sono avute da noi, come quella Regina Elena di Roma, che, non essendo stata sorretta nè dallo Stato, nè dalla pubblica opinione, ha subìto una crisi, che però non le ha impedito di fornire durante la guerra un'ottimo personale.

Altre scuole minori vi sono a Milano ed a Firenze.

***

Questi dati di fatto sono stati riconosciuti concordemente dalla Commissione, in seno alla quale si sono invece manifestate divergenze per quanto riguarda le conclusioni pratiche.

Secondo il prof. V. Ascoli « la posizione della infermiera deve studiarsi nei complessi rapporti della sua formazione e della sua funzione nella assistenza ospitaliera e domiciliare e nei molteplici uffici cui la chiamano le moderne istituzioni dell'igiene sociale. Quindi l'incoraggiamento delle poche scuole esistenti e la sollecitazione a crearne qualcun'altra in grandi ospedali sarebbero mezzi vantaggiosi a migliorare i servizi assistenziali dei relativi grandi nosocomi, ma non affrontano nemmeno le urgenti necessità di rinnovamento che la Commissione stessa ha d'accordo riconosciute ». Si comprende quindi che egli ritenga necessario un più vasto programma di riforme, che non si limiti alla sola scuola ed all'educazione delle infermiere.

I rimanenti membri della Commissione hanno invece sostenuto l'utilità di attuare un programma concreto di riforme della scuola, adottando il tipo inglese dell'assistenza immediata e portandovi le necessarie modificazioni per adattarlo all'ambiente italiano. Sono quindi esposte le condizioni di reclutamento, i titoli di studio occorrenti, le linee direttive dell'insegnamento teorico-pratico, il trattamento da farsi.

Un'altra divergenza di opinioni si è avuta a proposito della *matron* che, per la maggioranza, dovrebbe avere funzioni analoghe a quella inglese, mentre per altri (comm. Lusignoli e professor Ronzani) la sua autorità dovrebbe essere limitata a determinate funzioni.

Le scuole non dovrebbero essere governative, nel timore che l'ordinamento burocratico ne comprima la vita; lo Stato però dovrebbe sorvegliarle e controllarle allo scopo di poter essere garante del diploma, che verrebbe rilasciato. Indubbiamente poi lo Stato dovrebbe concorrere nella spesa.

Con la formazione di infermiere ad alto livello professionale, l'assistenza agli infermi subirebbe una trasformazione: gradatamente verrebbero a migliorare anche gli attuali infermieri, mentre poi ne risulterebbero notevoli vantaggi economici, sia nella riduzione dei giorni di malattia, per l'assistenza più oculata, sia evitando una massa di continui sperperi, guasti, sciupii inutili.

La Commissione poi non ha mancato di riconoscere che tali proposte sono da considerarsi come modeste, perchè volute di proposito contenere nel ristretto àmbito determinato dalla realtà delle presenti condizioni e dalla possibilità della loro pratica attuazione.

Certamente le piccole riforme minacciano di disperdere le attività, portando gravi spese senza arrivare che ad infelici risultati. Ciò accadde (come riconosce la Commissione stessa) in Francia, dove gli sforzi parziali, assai onerosi finanziariamente, sono rimasti infecondi. Auguriamoci che una più vasta visione del problema permetta di affrontarlo vigorosamente con larghi provvedimenti.

INDEX.

COMMEMORAZIONI

Commemorazione di G. M. Lancisi.

Il 20 gennaio, nella sala della Biblioteca Lancisiana, ebbero luogo le onoranze pel secondo centenario della morte dell'insigne medico romano Giovanni Maria Lancisi, onoranze promosse dal Consiglio d'amministrazione del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma, presieduto dal comm. avv. Alfredo Lusignoli.

Erano presenti le maggiori illustrazioni mediche e scientifiche di Roma: il sen. Lanciani per il sindaco, l'assessore Pediconi, i consiglieri comunali on. Martire, gen. Bompiani, prof. Roselli e prof. Scaduto, i consigieri provinciali professori Parisotti e Neuschüler, il gen. med. Della Valle per la Sanità militare, il gen. med. Petella per l'Ispettorato di Sanità della Marina, il col. med. Baduel per la Croce Rossa, il prof. Scaduto, rettore dell'Università, il gen. Ferrero di Cavallerleone, il comm. Galeri, ex commissario regio per gli Ospedali di Roma, il col. medico Riva, direttore dell'Ospedale Militare del Celio, il cav. Del Monte, presidente dell'Ospedale Israelitico, il prof. Gualdi, ufficiale sanitario del Comune, il dott. Ballerini, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, l'avv. Mapelli, presidente del Pio Istituto dei Piceni, di cui il Lancisi fu per cinque anni alunno, il comm. Baudana-Vaccolini, consigliere di Stato, ecc., ecc. La classe medica era molto largamente rappresentata.

Facevano gli onori di casa il comm. Corelli, segretario generale dell'Amministrazione ospedaliera, il prof. comm. Borromeo, il barone avvocato Mazzolani e l'ing. Lepri.

Prese anzitutto la parola il barone Mazzolani, in rappresentanza del comm. Lusignoli, il cui arrivo fu ritardato dallo sciopero ferroviario.

Seguì l'oratore ufficiale della cerimonia, senatore Marchiafava, che fece una sapiente revisione del pensiero lancisiano alla luce delle moderne dottrine scientifiche: Giovanni Maria Lancisi figura come antesignano di parecchie scoperte moderne nel campo della malaria, della sifilide, dell'alcoolismo. Il sen. Marchiafava deplorò la noncuranza di molti italiani e stranieri per questa nostra purissima gloria.

Il comm. Lusignoli, giunto durante la commemorazione, ringraziò il sen. Marchiafava. Da ultimo l'on. prof. Baglioni portò l'adesione della Facoltà medica e rilevò come il Lancisi sia stato un antesignano dell'attuale ordinamento degli studi medici.

Dopo la cerimonia le autorità, con a capo il comm. Lusignoli, si recarono alla Chiesa di S. Spirito per deporre una magnifica corona sulla lapide del Lancisi, corona che è stata offerta dal Municipio di Roma.

A cura del prof. Ciampoli, bibliotecario della *Lancisiana*, e dei signori Bassani e Magioli, nell'antisala della Biblioteca erano disposti i cimeli storici, i manoscritti e gli stampati lancisiani, le opere dei suoi Maestri, da esso acquistate e donate a *S. Spirito*.

I manoscritti originali del Lancisi sono zeppi di correzioni e postille.

All'Accademia medica di Roma.

Il 18 genn. nell'Aula della R. Accademia Medica al Policlinico Umberto I di Roma vennero commemorati solennemente gli Accademici defunti, professori: R. Campana, F. Fulci, senatore L. Luciani, G. Marchesi, E. Rossoni, E. Scalzi, A. Tamburini, sen. F. Todaro, E. Magini.

La sala era gremita dalle più spiccate personalità del mondo scientifico e politico, nonchè da numerosi studenti di medicina. Fra gli intervenuti erano il comm. Filippi in rappresentanza del Prefetto; il prof. Badaloni in rappresentanza del medico provinciale; il principe Fabrizio Colonna in rappresentanza del Senato; il barone Mazzolani, vice-presidente degli Ospedali, in rappresentanza del comm. Lusignoli; il sen. Fano in rappresentanza dell'Accademia dei Lincei; i generali medici Rho e Petella per l'Ispettorato di Sanità Militare del Ministero della Marina; il prof. Scaduto, rettore dell'Università di Roma; il dott. Ballerini, rappresentante dell'Ordine dei Medici di Roma; il dott. Maggi per l'Ufficio d. Igiene del Comune di Roma; l'on. Finocchiaro-Aprile, sottosegretario alla Guerra, e famiglia; le famiglie Tamburini, Rossoni, Todaro, Marchese, gli accademici prof. sen. Marchiafava in rappresentanza del Sindaco, on. Sanarelli, onorevole Baglioni, G. Sergi, Gaglio, Alessandri, De Sanctis, Bignami, Pestalozza, Zeri, Della Vedova, Chiavaro, Versari, Ottolenghi, Giannelli, Gosio, Torti, Mazzoni, Galli, Arcangeli, R. Bastianelli, Margarucci, Della Valle, Chiarini, Parisotti, Bilancioni, Giudiciandrea, Alessandrini, De Carli, il gen. med. Ferrero di Cavallerleone, il prof. Baggio, il prof. Carruccio, il prof. Gussio, il dott. Davach e molti altri.

Presiede il vice-presidente dell'Accademia, professor Ascoli, coadiuvato dal segretario professor Leotta.

Il prof. Ascoli apre la seduta rivolgendo un commosso pensiero agli illustri scomparsi.

L'accademico prof. Versari commemora il professor Todaro, di cui fu discepolo, e ricorda il patriota che partecipò alle guerre dell'indipendenza e la vasta opera scientifica da lui compiuta.

L'accademico on. prof. Baglioni commemora il prof. Luciani, a cui è succeduto nella cattedra di Fisiologia, ricordando la complessa opera scientifica dell'illustre fisiologo.

L'accademico prof. Sante De Sanctis commemora il prof. Tamburini, mettendo in rilievo la opera scientifica da lui svolta e quanto a lui deve la psichiatria italiana.

Il prof. M. Carruccio, discepolo del prof. Campana, ricorda il Maestro nella sua vasta opera di scienza e nel suo carattere di uomo.

L'accademico prof. Guido Galli commemora il prof. E. Rossoni, prima, ed il prof. Marchese, dopo, trattando delle loro elette qualità di uomini e di studiosi.

L'Accademico prof. R. Dalla Vedova fa il necrologio del prof. F. Scalzi, che fu uno dei soci fondatori dell'Accademia, ricordando l'opera da lui svolta specie nell'insegnamento della traumatologia.

L'Accademico prof. A. Bignami commemora il prof. Magini che fu docente d'Istologia nell'Ateneo romano, ricordando il carattere dell'uomo e dello studioso.

Il prof. S. Gussio ricorda il prof. Fulci, dicendo della complessa opera scientifica che egli giovanissimo aveva già compiuto.

L'assenso e le acclamazioni che seguirono i singoli discorsi, furono insieme omaggio ai perduti e plauso agli oratori.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione internazionale « Pneumothorax Artificialis ». – Sezione Italiana.

L'associazione internazionale *Pneumothorax Artificialis*, paralizzata dalla lunga guerra, riprende la sua attività invitando tutti i colleghi italiani che si occupano di terapia pneumotoracica ad inscriversi presso il segretario generale prof. Umberto Carpi, Lugano, per la compilazione della nuova lista dell'anno 1920.

L'associazione si propone scopi pratici e scientifici ad un tempo. La terapia pneumotoracica, per quanto molto diffusa, rimane pur tuttavia un metodo di specializzazione che può essere applicato solo da medici particolarmente approfonditi nella sua conoscenza tecnica e clinica.

L'associazione *Pneumothorax Artificialis* si propone come scopo pratico quello di offrire agli ammalati in cura o curabili con il pneumotorace artificiale la possibilità di trovare dovunque medici specialisti raccomandati per l'attuazione o il proseguimento della cura.

Lo scopo è raggiunto colla pubblicazione di una lista internazionale, che viene inviata a tutti i soci aderenti, alle società mediche e scientifiche più importanti, agli istituti sanitari dei vari paesi.

L'associazione seguendo l'indirizzo che le fu dato dall'illustre maestro creatore del metodo, intende far risorgere la rivista internazionale « Pneumothorax Therapeutique », che sotto la direzione di Carlo Forlanini raccoglieva tutta la letteratura mondiale sul pneumotorace artificiale. Gli attuali mezzi finanziari non consentendo la ripresa della pubblicazione, lo scopo è temporaneamente raggiunto per mezzo di un accordo col giornale « Tubercolosi » (Roma). La redazione di « Tubercolosi » pubblicherà cioè per l'anno 1920 dei fascicoli monografici esclusivamente dedicati alla letteratura sul Pneumothorace artificiale. Tali fascicoli potranno essere inviati a coloro che ne desiderassero l'abbonamento facendone domanda al segretario generale dell'associazione.

L'inscrizione all'associazione deve essere notificata al Segretario generale prof. Umberto Carpi, Lugano, mediante pagamento della quota di franchi 5. Detta quota dà diritto a ricevere il bollettino annuale colla lista internazionale dei membri. Il segretario si incarica anche dello scambio internazionale di pubblicazioni sulla terapia pneumotoracica e sta studiando la costituzione di un ufficio speciale a tale scopo. Questo ufficio internazionale curerà anche la recenzione dei lavori pervenutigli e la loro comunicazione ai giornali di specialità dei vari paesi.

Lugano.

Il Segretario generale
Prof. UMBERTO CARPI.

Perdite umane e statistica sanitaria nella nostra guerra navale.

Gli Annali di Med. Nav. riferiscono che la nostra forza navale giunse a 130.000 uomini; si ebbero 2936 feriti, e 3169 morti, confermandosi il fatto osservato nelle guerre precedenti che per i contingenti marittimi il numero dei morti supera il numero dei feriti. Tra i morti vi sono 2524 annegati.

Nella nostra marina si ebbe il 3 % di perdite per tubercolosi. Su 125.000 uomini si ebbero 12 casi di vaiuolo con 5 morti. La morbosità per blenorragia ed ulceri è stata del 38.8 %, quella per la sifilide del 19,4 %.

Nel periodo precedente l'attuale sistema di profilassi, le cifre medice erano 55,3 e 24,5 %.

Un monumento commemorativo dei medici francesi morti in guerra.

La Facoltà Medica di Parigi ha deliberato di commemorare con un monumento grandioso la devozione e l'eroismo del corpo medico francese durante la guerra. Essa si è rivolta alle Facoltà e alle Scuole di provincia e ne ha sollecitato la collaborazione. La sua proposta è stata generalmente approvata, salvo che alcune Facoltà e Scuole si sono riservate di organizzare anche delle manifestazioni locali in memoria dei loro allievi. La Facoltà Medica di Parigi ha chiesto inoltre ed ottenuto il concorso delle principali corporazioni mediche: società scientifiche, leghe sindacali, associazioni amichevoli, ecc.

Il successo dell'intrapresa non può esser dubbio.

Tutti i medici francesi si uniranno per rendere un omaggio supremo ai colleghi caduti sul campo della gloria; ad essi si associeranno le infinite schiere di malati e feriti che furono salvati dall'operosità e dall'abnegazione dei medici, verso i quali hanno contratto un debito di gratitudine.

Due progetti sono stati proposti fin'ora: l'erezione di un monumento avanti la Facoltà e la ricostruzione dell'artistico anfiteatro chirurgico, prossimo ad essere demolito, nelle vicinanze della Facoltà, per farne una specie di tempio, in cui verrebbero incisi, su tavole di marmo, i nomi dei caduti.

Anche la classe medica italiana sente prepotente il bisogno e il dovere di celebrare in un monumento imperituro, l'abnegazione e l'eroismo dei colleghi immolatisi per la Patria.

La nostra ammirazione e la nostra devozione si volgono in specie verso i colleghi che prodigarono la loro opera umanitaria ai combattenti, cui essi portarono, con sacrificio della vita, il soccorso immediato, la speranza, la salvezza.

Noi confidiamo che una nobile iniziativa del genere di quella segnalata in Francia, non tarderà nel nostro Paese.

La fondazione Rockefeller.

Il presidente della fondazione Rockefeller, George E. Vincent, ha testè pubblicato un rapporto sull'opera compiuta nel 1918 dalla fondazione stessa. Sono state eseguite ricerche scientifiche sulla poliomielite, sull'igiene industriale, sull'igiene mentale, ecc., nel Rockefeller Institute for Medical Research. È stato promosso lo studio della febbre gialla nell'America Centrale. La fondazione ha condotto anche delle campagne efficaci contro varie malattie, mercè la cooperazione di 17 « agenzie » indipendenti. In Francia ha inviato una Commissione diretta dal dottor Livingston Ferrand, la quale ha provveduto a coordinare le istituzioni antitubercolari esistenti, ha organizzato la propaganda a mezzo delle tanks

antitubercolari, ha istituito numerosi dispensari e sanatori: alle spese ha concorso in larghissima misura lo stesso popolo francese. La fondazione ha compiuto delle campagne antimalariche (per esempio ad Amburgo) e contro l'anchilostemiasi, ha fondato una scuola d'Igiene e salute pubblica a Baltimora, ha acquistato e riorganizzato una Scuola medica a Pechino, ha fornito borse di studio a studenti sud-americani, francesi, cinesi, per un totale di circa 300,000 franchi. Le spese fin'ora sostenute dalla fondazione per questi vari scopi ammontano a oltre 112 milioni di franchi.

Beneficenza.

Il sig. Vincenzo Ponseggi da Lugo (Romagna) ha lasciato tutta la sua sostanza, valutata ad oltre un milione, all'Ospedale Umberto I di quella città.

Il sig. Edoardo Rossi, cancelliere pensionato, morto a Modena, ha lasciato la sostanza ereditata dal fratello Roberto in opere di beneficenza: tra l'altro 500,000 lire per un Ospizio per i vecchi nel comune di Novi (Modena).

La signora Maria Regazzoni, morta a Milano, ha istituito erede universale della sua sostanza, ammontante a circa 700,000 lire, l'Ospedale Maggiore di questa città, ove ella era notissima per la munificenza largamente esercitata.

Il conte e la contessa Falconi, ad onorare la memoria del figlio Ferruccio, hanno regalato la loro villa Santa Caterina in Sant'Elpidio a Mare per un'opera di beneficenza a vantaggio dei sordomuti, dotandola di un patrimonio di oltre 300 mila lire.

La contessa Lydia Morando Bolognini, a ricordo del marito conte Giacomo, ha offerto un suo palazzo in Lograto (Brescia) per asilo o ricovero di fanciulli o per cure ospedaliere, assegnando per ora la somma di 100.000 lire per spese di adattamento e arredamento, ed ha stabilito l'erezione di un asilo infantile a Vedano al Lambro (Monza).

Il marchese Carlo Alberto Pizzardi di Bologna, ad onorare la memoria del padre, ha fatto varie donazioni che ascendono ad un totale di varii milioni: all'Ospedale Maggiore di Bologna ha assegnato i suoi beni immobili dei comuni di Bentivoglio, San Giorgio in Piano e San Pietro in Casale, allo scopo che sia eretto un nuovo Ospedale con reparto separato per tubercolosi.

La signora Angelina Ferrario ved. Scola ha lasciato erede del suo patrimonio di circa 800.000 lire la Congregazione di Carità di Besana Brianza, per l'erezione di un ospedale nella casa ove ella visse.

L'ing. Francesco Ravennali di Bologna ha lasciato la sua cospicua sostanza al Ricovero Vittorio Emanuele di questa città.

La contessa Luisa Verzaglia vedova del nob. P. L. Rusconi ha lasciato tutta la sua sostanza al comune di Bologna, per incoraggiare e promuovere le industrie, i commerci, la musica e le arti.

Propaganda igienica.

Il dott. G. D'Urso (della Istituzione « G. Visconti di Modrone ») ha distribuito quattro fogli di propaganda antimalarica per gli alunni delle scuole elementari rurali, redatti in forma lucida e piana.

All'ospedale di Stradella.

L'Amministrazione comunale di Stradella ha licenziato, con tre giorni di preavviso e dopo 19 anni di inappuntabile servizio, il dott. E Boselli, che era stato l'assistente del prof. Masnata.

A sostituirlo è stato insediato il medico condotto, dott. Pierino Vecchi, cognato del presidente dell'Ospedale.

Il prof. Giordano.

La Società Nazionale di Chirurgia francese ha chiamato il prof. Davide Giordano di Venezia, a far parte del giurì per l'assegnazione del premio Lannelongue (5000 franchi e medaglia d'oro) al chirurgo che avrà fatto la migliore scoperta ed il migliore lavoro durante gli ultimi cinque anni.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Stab. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, resp.
(32)

Anno XXVII *Roma, 26 Gennaio 1920* Fasc. 4.

IL POLICLINICO

Rivista di Clinica Pediatrica

La **Rivista di Clinica Pediatrica**, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.

Fondata dai proff. Giuseppe Mya e Luigi Concetti nel 1903, non ha mai interrotto la sua pubblicazione, anche nei momenti più difficili della guerra. È ora diretta dai proff. **LUIGI CONCETTI** e **CARLO COMBA**, ordinari di Clinica pediatrica a Roma ed a Firenze. Col 1920 faranno parte della direzione i proff. **G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI**, ordinari di Clinica pediatrica a Torino, Bologna e Genova.

Continuando a pubblicare memorie originali, la *Rivista di Clinica Pediatrica* nel 1920 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.

Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.

La *Rivista di Clinica Pediatrica* nel prossimo anno migliorerà notevolmente la sua veste tipografica ed aumenterà il numero delle sue pagine.

Abbonamento annuo pel 1920 alla « Rivista di Clinica Pediatrica »: per l'Italia L. 20 — per l'Estero Franchi 25. Per gli associati al « Policlinico »: per l'Italia sole L. **17** — per l'Estero soli Franchi **22**.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle

il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal Dott. Cav. G. B. Soresina nel 1866, pubblicato dal Dott. Ambrogio Bertarelli con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli annuali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia. È L'unico periodico della specialità in Italia.

Abbonamento annuo pel **1920** : Per l'Italia **L. 30** ; per l'Estero **Fr. 40**. Per gli associati al « Policlinico »: per l'Italia sole **L. 25**; per l'Estero soli **Fr. 36**.

La Clinica Ostetrica

Rivista mensile illustrata, che si pubblica in Roma a fine d'ogni mese. — Direttore prof. FELICE LA TORRE della R. Università di Roma.

Abbonamento annuo per l'Italia L. 10 — per l'Estero Fr. 12. Per gli associati al *Policlinico*: per l'Italia L. **8** — per l'Estero Fr. **10**.

Per ottenere i predetti abbonamenti cumulativi, inviare Cartolina-Vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI - Via Sistina, 14 - ROMA

Offerte agli associati a prezzi di eccezionale favore.

D' imminente pubblicazione :

Prof. RINALDO MARCHESINI
docente d'Istologia e di Tecnica microscopica nella R. Università di Roma.

COMPENDIO DI EMATOLOGIA

ad uso dei medici pratici e degli studenti

con prefazione del prof. Vittorio Ascoli

È un riassunto delle attuali cognizioni riferentesi al sangue normale e patologico, con tavole sinottiche che chiariscono la derivazione, i rapporti, il valore dei diversi elementi del sangue. Vi sono inoltre tracciate le varie malattie del sangue — le diverse forme parassitarie — le proprietà dei sieri, con la tecnica appropriata per la ricerca di tutto ciò che si può presentare di patologico nel siero e nei corpuscoli sanguigni.

Un piccolo vocabolario ematologico fa seguito al lavoro, con richiami nel testo, che facilita il ricordo e la significazione dei numerosi e vari nomi dati alle cellule del sangue, nei vari stadî di maturazione e di alterazione patologica, facendo rilevare la sinonimia di una stessa cellula, designata variamente a seconda dei vari Autori.

Due tavole illustrative mostrano le varie forme cellulari che possono far parte di un reperto sanguigno, e le forme di alterazione patologica che vi si possono riscontrare.

Quest'opera, che il chiaro Autore ha preparato esclusivamente per i nostri abbonati, riuscirà indiscutibilmente di grande vantaggio sia agli studenti che ai medici pratici.

Un volume in-16° grande, di circa 200 pagine, con 74 figure e relative spiegazioni, su due tavole in fototipia:

In commercio L. 10 - Per gli associati al POLICLINICO sole L. 6, franco di porto e raccomandato.

Recentissima pubblicazione:

Prof. GUIDO MENDES

La diagnosi delle localizzazioni polmonari d'inizio della tubercolosi con speciale riguardo alle ricerche radiologighe.

L'A. espone il problema diagnostico della tubercolosi iniziale, valendosi di ogni sorta di nozioni, di indagini e di accorgimenti nel campo clinico, radiologico, batteriologico, immunologico.

Egli porta ulteriori raffinamenti alla diagnosi precoce; differenzia e circoscrive la *sindrome ilare*; lumeggia i reperti radiologici, raffrontandoli con quelli d'autopsia.

Il lavoro, corredato di tavole molto dimostrative, è destinato a fornire un valido aiuto ai medici pratici ed ai tisiologi.

Un volume in 8° grande, di 116 pagine, con una figura nel testo e 10 tavole radiografiche in carta americana. — In commercio L. 9; per gli associati al « Policlinico » sole L. 7, franco di porto e raccomandato.

Per l'acquisto di quanto sopra, inviare Cartolina-Vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI – Via Sistina, 14 - ROMA

SOMMARIO.

ISTIT. DI CLINICA MED. DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Sull'encefalite epidemica.

Sintomatologia e forme cliniche

pel dott. GIUSEPPE SABATINI, assistente e libero docente.

Durava ancora la guerra europea quando Economo studiò e pubblicò alcuni casi di una non comune forma morbosa, che si era svolta, entro i confini di una modesta epidemia, in Vienna, durante l'inverno 1916-17. Le interrotte od incomplete comunicazioni scientifiche cogli imperi centrali non fecero arrivare affatto o assai poco nella nazioni alleate le segnalazioni di Economo che alla malattia aveva dato il nome di *encefalite letargica*. Per tal motivo, riscontrandosi anche in altre nazioni casi sporadici di questa particolare infermità, i medici non poterono generalmente valersi dell'esperienza fatta nell'epidemia viennese, e, com'è logico, di fronte ai primi casi, ognuno cercò l'orientamento riportandosi ai più vicini fra i tipi morbosi conosciuti, e sopratutto al botulismo. Colla pubblicazione ulteriore di osservazioni, colle discussioni che ne seguirono, in una parola col normale svolgimento del lavoro mentale e scientifico, si chiarì ben presto l'esistenza di questa caratteristica malattia, più o meno decisamente individualizzata, e si fissarono le basi necessarie per il coordinamento delle successive acquisizioni cliniche.

Colla comparsa della malattia in molti paesi civili la letteratura sull'encefalite letargica divenne ben presto assai ricca e varia, se pur non sempre frutto di ineccepibili interpretazioni e ricerche, e permise, alla fine dell'inverno 1918-19, di descrivere questa malattia nei riguardi della etiologia ed epidemiologia, dell'anatomia patologica, della sintomatologia, della prognosi e della terapia. Chè se qualche capitolo era appena iniziato o fortemente controverso, come quello etiologico, o incompleto, come quello delle lesioni anatomiche, o negativo, come quello della terapia, ciò non poteva far meraviglia trovandoci in analoghe condizioni nei riguardi di tante altre malattie, e particolarmente, per una specie di fatalità, appunto per quelle più squisitamente epidemiche, quali il morbillo, la scarlattina, il vaiuolo, il tifo esantematico e via dicendo.

All'inizio del corrente inverno, e non più nelle ristrette proporzioni di rari casi sporadici, che solo pochi medici avessero avuto occasione di vedere e descrivere in singole città, ma in notevole numero e con vasta diffusione regionale, è comparsa ancora un'epidemia, che non ha incontrato difficoltà ad essere ricollegata con le forme note della così detta encefalite letargica, interessando vivamente questa volta non solo gli studiosi, ma anche i medici pratici. i governanti ed il pubblico.

Già nell'inverno scorso la malattia aveva fatto la sua comparsa in Italia, dove, per primo, ne segnalò ed illustrò due casi interessantissimi il prof. V. Ascoli.

L'epidemia attuale è in pieno sviluppo e in istudio, ma intanto occorre riprendere il nosografismo della malattia, per fissarla bene nei quadri che ha presentato e va presentando, e i quali si discostano a volta notevolmente da quelli finora per essa tracciati, onde sia possibile individualizzare la sindrome, riunirne le forme morbose ed integrare le varie osservazioni cliniche.

A questo lavoro desidero portare il mio modesto contributo desunto da 29 casi che ho potuto finora studiare in Clinica; studio nosografico

all'infuori dell'indagine etiologica, che a sua volta il lavoro sperimentale, quando sarà compiuto, illustrerà, e dell'analisi anatomica, che va con lunghe ricerche istologiche approfondita e completata.

L'obbiettivo propostomi non mi porta a fare la storia dell'encefalite letargica e a cercare se possa ricollegarsi con più o meno antiche descrizioni (Schlafkrankheit di Tubinga, corea elettrica, tifo cerebrale, nona, ecc.), nè ad entrare nella discussione circa la natura della malattia ed i rapporti che essa può avere colle varie encefaliti, e sopratutto con quella da influenza; ciò che mi sembra incontrovertibile è che l'attuale malattia non può a priori riferirsi ad alcuno dei quadri morbosi comunemente noti, nè in alcun libro di patologia se ne trova la descrizione, nè con la descrizione di alcun'altra epidemia passata può identificarsi, senza almeno sollevare, con affermazioni in questo senso, dubbi od opposizioni.

Intanto mi sembra opportuno lasciare impregiudicato il nome. Finchè non sarà possibile una nomenclatura a base etiologica od anatomo-patologica il nome deve essere provvisorio; la denominazione anatomo-patologica di polio-meso-cefalite primitiva con narcolessia, o quella anatomo-clinica di encefalite oftalmoplegica con narcolessia (Lhermitte e S. Martin), come pure quella più semplice di encefalite letargica (v. Económo) hanno il grave difetto di non permettere di comprendere tutte le forme in base ai dati acquisiti dell'anatomia patologica o della clinica; le lesioni anatomiche vanno infatti ben più in là del mesencefalo e la narcolessia o letargo (nome quest'ultimo assai improprio per il sintoma cui allude) non sono a volte, come vedremo, il sintoma culminante o indispensabile. Poichè d'altronde non è utile creare oggi nuovi nomi, che confonderebbero, e poichè «*a potiori fit denominatio*» e i maggiori sintomi sono quelli a carico del cervello e del midollo spinale, tenuto conto infine che la malattia si manifesta in modo epidemico, *lomielite epidemica* o quella ancora più sintetico uso il nome semplice e comprensivo di *encefa-* e con semplice valore clinico di *encefalite epide mica*, provvisoriamente scelto dal mio maestro prof. Ascoli.

Il tripode sintomatologico su cui è stabilito di imperniare la individualizzazione dell'encefalite letargica è fatto dalla sonnolenza, dalle paralisi oculari e dallo stato generale profondamente alterato, con liquido cefalo-rachidiano normale.

Fisso in mente un quadro morboso con questi sintomi cardinali e indispensabili, sarebbe difficile orientarsi di fronte all'epidemia attuale, in cui, come descriveremo, spesso dominano fatti ipercinetici ed irritativi. Si comprende quindi la possibilità che qualcuno dubiti se l'epidemia attuale sia una stessa cosa con l'encefalite letargica, quale è stata fissata dall'osservazione clinica negli anni decorsi.

Gli aggruppamenti morbosi fondati sul puro nosografismo sono sempre assai pericolosi, e la medicina antica, che ne era schiava, insegna quanto possano essere fallaci, con i suoi capitoli comprendenti le più svariate forme morbose, riunite da pochi sintomi comuni; viceversa, per esempio, nelle proteiformi manifestazioni cliniche del tifo come sarebbe oggi possibile delimitare i confini da ciò che è il tifo da quelle manifestazioni che solo gli rassomigliano se non avessimo il criterio batteriologico?

Orbene, per l'encefalite epidemica occorre andar cauti nell'attribuirle quadri morbosi atipici, per non allargare troppo le sue frontiere, con pericolo di comprendervi sindromi e sintomi che nulla hanno a che vedere con essa.

Ma non meno pericoloso per la conoscenza scientifica è il separatismo troppo spinto.

Se l'attuale epidemia di encefalite si discosta dal quadro nosografico, che erasi fissato, vi sono pure alcuni caratteri suoi clinici, che già in gran parte Económo ha fatti rilevare nel suo fondamentale lavoro, ma che in realtà — ed è questo l'errore — non hanno ricevuto il peso ed il valore che realmente meritano nella sintomatologia.

Quanto alla questione dell'univocità delle forme io mi appoggio ai seguenti argomenti:

1° esistono in questa epidemia forme di encefalite identiche a quelle descritte come letargiche;

2° esistono numerose forme le quali, nella variazione e nella successione di sintomi *nervosi* evidentemente lontani dal letargo e dalle paralisi (ipercinetici od irritativi) presentano precocemente o tardivamente stati, ora transitori ora permanenti, di paralisi e di letargo. Queste forme di passaggio hanno, io credo, una capitale importanza per la visione globale della malattia ed il raggruppamento nosografico dei suoi vari tipi;

3° esiste un dato comune anatomo-patologico negativo, e cioè l'assenza delle note anatomiche generiche o specifiche macroscopiche proprie di altre affezioni morbose, e ciò sia nelle forme letargiche pure, sia in quelle che sembrano da esse discordanti;

4° all'ultimo posto, perchè sempre da prendersi con prudenza, ma non completamente privo di valore, esiste il critero epidemiologico,

sia nel dato di fatto della concomitanza e della commistione delle forme nella attuale epidemia, sia nell'azione epidemiologica corrente che le forme preepidemiche sono sempre più blande e meno complesse di quelle epidemiche, come recentemente ci ha confermato l'influenza, che infierì dapprima come forma mite (febbre dei 3 giorni) ed esplose nei mesi successivi col predominio delle forme più gravi e più complesse.

L'encefalite epidemica attualmente in corso è dunque la stessa encefalite letargica che serpeggia in Europa dall'inverno 1916.

Ciò premesso, ritorno alla esposizione dei risultati del mio studio.

SINTOMATOLOGIA.

Sappiamo (e può esserci d'aiuto nel comprendere la sintomatologia) che l'encefalomielite epidemica può colpire, con varia intensità ed estensione, transitoriamente o permanentemente, ogni porzione dell'asse cerebro-spinale. Però in ogni singolo caso non tutto l'asse viene contemporaneamente tempestato da lesioni, ma si trovano le più svariate combinazioni di localizzazione. La *sintomatologia,* che assai verosimilmente va anche più in là delle lesioni anatomiche da noi riscontrabili, ha la proprietà di essere *proteiforme* e *instabile.*

Però in mezzo a tanta variabilità e polimorfismo esistono caratteri fondamentali determinati onde risulta un complesso clinico ben definito, che permette di riconoscere, il che equivale diagnostare, un individuo infermo di questa malattia. Anzi è così tipico nelle sue linee fondamentali il mutevole quadro di questa malattia, che non riesce in genere soverchiamente difficile di formulare o fondatamente sospettarne la diagnosi con i soli dati clinici a chi abbia per poco avuto occasione di vedere alcuni di siffatti ammalati.

Vi sono poi sintomi predominanti, dalla presenza e dall'aggruppamento dei quali derivano quadri morbosi abbastanza differenziati da potersi distinguere, come vedremo, in vere forme cliniche.

Descriverò dapprima i singoli sintomi e tenterò poi una classificazione delle forme cliniche, quale risulta in base alle mie osservazioni.

Per necessità di descrizione distinguerò 3 stadi della malattia: stadio prodromico, stadio di sviluppo, stadio di risoluzione o di passaggio in forma cronica. La morte può sopravvenire in un momento qualsiasi di questi ultimi due stadi.

Stadio prodromico. — Esiste nella quasi totalità delle nostre osservazioni uno stadio che ho definito prodromico: esso è rappresentato da stanchezza, anoressia, cefalea, sovente dolori vaghi a tipo reumatico, modica febbre. Questo periodo può durare 3 o 4 giorni (durante i quali la diagnosi non è formulabile) ed essere seguito direttamente dalla comparsa, non di rado tumultuaria, dei sintomi dell'encefalite epidemica. In molti casi al periodo prodromico così fatto, durante, il quale si è manifestata anche una violenta reazione febbrile, tien dietro un periodo di altri 4 o 5 giorni di perfetto benessere, sicchè l'infermo si crede perfettamente guarito, e poi si sviluppa il quadro dell'encefalite per es. con un improvviso delirio notturno. Dal mio studio il periodo prodromico è risultato in quasi tutti gli infermi: basta indagare accuratamente nell'anamnesi. Esistono però anche dei casi nei quali non risulta alcun prodromo, ma il paziente viene improvvisamente colpito dai sintomi conclamati della malattia. Non è giusto ascrivere ai prodromi quei transitori disturbi della visione che spesso insorgono sotto forma di diplopia: essi indicano un'alterazione dell'oculomozione, dovuta spesso a semplice ipocinesia, che traduce già una localizzazione e rappresenta un vero sintomo della malattia.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze non è possibile parlare d'*incubazione*: il periodo di incubazione infatti è rappresentato dal tempo che intercede fra la penetrazione del virus nell'organismo e la manifestazione dei primi fenomeni morbosi: orbene noi ignoriamo tutto quanto riguarda il primo termine di questa misura.

Ho potuto raccogliere a questo riguardo una osservazione clinica, riferitami dal dottor Ghiron: Un individuo parte da Verona, dove esiste un'epidemia di encefalite e si reca in Calabria, luogo apparentemente immune; dopo 20 giorni viene colpito da malessere, cefalea, febbre e due giorni dopo da encefalite colclamata. Se in questo caso si ammette che il contagio è avvenuto quando l'infermo trovavasi ancora a Verona, il periodo d'incubazione risulterebbe di almeno tre settimane.

Stadio di sviluppo. — Nelle mie osservazioni cliniche esso s'inizia generalmente con febbre di media altezza (38°,5-39°) e con sintomi quali sonnolenza profonda, in genere accompagnata da oftalmoplegie di vario grado, agitazione con scosse cloniche, specie dei muscoli delle pareti addominali e perfino delirio allucinatorio gravissimo.

Da questo momento la diagnosi di encefalomielite epidemica fu da noi sempre posta ed eventualmente avvalorata colla ricerca degli altri sintomi fondamentali.

Poichè questo mio lavoro è puramente diretto a portare il contributo originale delle osservazioni e delle ricerche fatte sui malati ricoverati in Clinica io non riporterò che le conclusioni

desunte dal mio materiale di studio, *a cui solamente si riferirà quindi tutto quello che verrò esponendo*. Credo che giovi alla brevità della esposizione, riunire le osservazioni a seconda dei vari sistemi o organi, più che fare una descrizione globale, che riuscirebbe meno chiara. Comincio dal più interessato dei sistemi: *il sitema nervoso*.

I sintomi a carico di questo sistema e più precisamente del cervello sono stati nei nostri casi di gran lunga i predominanti.

Negli anni scorsi l'attenzione era stata principalmente richiamata dalle oftalmoplegie più o meno complete; esse parevano pressochè le uniche manifestazioni cliniche di localizzazioni nel sistema nervoso, che si ritennero limitate ai gangli della base (poliomesencefalite); oggi noi sappiamo dall'anatomia patologica e dalla Clinica che tutta la sostanza nervosa grigia e bianca, ma sopratutto quella della corticalità, dei nuclei della base e del midollo possono essere colpite dalla flogosi; quindi i sintomi oculari seppur rimangono dal lato clinico in primo piano non sono i soli, e, in una discreta percentuale, possono mancare (donde l'impropriètà del nome di encefalite oftalmoplegica).

I sintomi oculari sono rappresentati da paralisi, paresi o semplice ipocinesia dei muscoli che muovono il bulbo e la palpebra.

I sintomi di deficit possono essere a carico di tutti i muscoli (oftalmoplegia esterna totale) e bilaterali, ma più spesso sono unilaterali e parziali. I più frequentemente colpiti sono i muscoli retti esterni; in prevalenza sembrerebbe il retto esterno di sinistra. Dei retti interni, sempre nei nostri casi, pare sia più spesso colpito quello di destra.

Non si manifesta mai strabismo statico. La insufficienza paretica o la paralisi si rivelano solo all'esame diretto della oculomozione. La paresi di più o meno alto grado si trova con assai maggior frequenza delle paralisi. Un sintoma che ho potuto mettere in evidenza in molti ammalati è il seguente: se si saggia l'oculomozione sia separatamente che simultaneamente non si trova paresi o insufficienza di alcun muscolo: se si esegue però la prova della convergenza si nota che il paziente, invitato a guardare, per esempio, il dito che si avvicina alla punta del suo naso, non converge con tutti e due gli occhi ma con uno solo; se in questo momento si esclude l'occhio che convergeva, si vede rapidamente entrare in azione il retto interno che fino allora era rimasto torpido, e anche quest'altro occhio converge.

La ptosi accompagna di regola i disturbi di motilità dei bulbi; essa è di vario grado; in alcuni soggetti non si riesce che con vive insistenze e spesso scuotendoli energicamente dal torpore, a far schiudere appena le rime palpebrali; i pazienti stessi interrogati perchè non aprano gli occhi dicono di non poterlo fare di più.

La ptosi non è costante: suole essere bilaterale ma solo eccezionalmente è di uguale grado a destra e a sinistra.

L'oftalmoplegia esterna in genere dura a lungo. A volte questi disturbi oculari sono fluttuanti: muscoli ipocinetici o paretici riprendono definitivamente la loro funzione indipendentemente dal decorso della malattia oppure le paralisi vanno e vengono, con soprendente mutevolezza, perfino fra un esame e l'altro. Esiste sovente nistagmo specie nelle posizioni estreme o negli sforzi di rotazione del bulbo.

Non mi è riuscito assodare se questi infermi abbiano una vera fotofobia: certo quando sono svegliati provano fastidio dalla luce, proprio come chi interrompe il sonno, e sovente si riparano con la mano gli occhi. Il fondo dell'occhio è stato nei nostri casi generalmente normale: in qualche soggetto si è riscontrata iperemia venosa della papilla.

Non sempre è possibile l'esame del campo visivo e del visus: io non ho dati precisi a questo riguardo.

Il disturbo funzionale che con estrema frequenza si nota è la diplopia; spesso anzi esso è uno dei primissimi disturbi accusati dal paziente. In alcuni casi si ha spasmo dell'orbicolare delle palpebre, e riesce difficilissimo od impossibile di far aprire gli occhi; i pazienti reagiscono con vivace contrazione al tentativo di schiudere loro le palpebre.

Ma non sono soli il III, IV e VI paio i colpiti fra i nervi cranici.

Con grande facilità troviamo lesioni a carico del facciale (paresi o paralisi). Per lo più è colpito un solo facciale; ho osservato anche paresi del solo facciale inferiore di un lato, la qual cosa ha un'ovvia importanza per la questione della localizzazione della lesione anatomica.

Il V paio può anch'esso essere paralizzato nella sua seconda branca: le alterazioni del trigemino sono però più frequentemente di indole irritativa (trisma). Spesso si hanno alterazioni motorie della lingua: in un caso ho notato la sua paralisi completa.

La disfonia e la disfagia rientrano anch'esse fra i sintomi da noi osservati: inoltre in un caso esisteva emiparesi del velo pendolo e in due altri la paresi di una corda vocale.

In una donna potemmo assodare forte ipoacusia destra.

A carico dei muscoli innervati da nervi spinali si possono trovare ugualmente paresi o paralisi;

essi nelle nostre osservazioni o colpirono un solo arto o furono a tipo emiplegico e triplegico; non riscontrai mai paraplegie nè tetriplegie, ma non escludo possono esistere.

Ho visto anche un interessante caso a tipo emiplegico, nel quale la diagnosi di emorragia cerebrale si imponeva, ma che la ricerca di altri segni fece giustamente ascrivere alle forme di encefalite, che l'autopsia confermò.

Oltre ai sintomi descritti di deficit vanno ricordati i *sintomi irritativi*: essi nell'epidemia che si svolge a Roma hanno un posto predominante e sovente aprono il quadro morboso.

Si tratta di scosse rapidissime, brusche, a carico dei muscoli sopratutto della parete addominale (mm. retti e trasversi): movimenti improvvisi, involontari, a tipo eletrico, simili cioè a quelli che si provocano colla stimolazione elettrica; l'infermo non può affatto influire colla volontà su questi movimenti, nè volontariamente si possono provocare o riprodurre. Essi, in un nostro caso si susseguirono, a carico dei mm. addominali col ritmo di 40 al minuto. A prima vista, queste brusche contrazioni addominali possono far pensare ad un interessamento del diaframma; orbene giova notare che l'esame coi raggi X ci ha dimostrato la non compartecipazione del diaframma a queste scosse addominali; esse o non modificano visibilmente il ritmo respiratorio o lo modificano assai poco. Il freddo (per es. tenendo il paziente scoperto) le accentua, le rende più rapide, il sonno non le sopprime, la morfina non le domina. Come dicevo, e vi richiamo l'attenzione, i muscoli addominali sono i più facilmente colpiti. Basta aver visto una sola volta queste scosse per riconoscerle a distanza: e qualche volta il constatarle ci ha messo sulla via della diagnosi di encefalite epidemica, in casi dove la sintomatologia era ancora imperfetta e che la successiva evoluzione confermò.

Oltre i muscoli addominali possono essere sede di cloni anche i muscoli degli arti, specie dei superiori, del collo e della faccia. Io ho potuto assistere all'insorgere di queste scosse in un soggetto che aveva solo delirio con brevissimi periodi di sopore: esse insorsero una sera esclusivamente localizzate ai due cremasteri, con un continuo movimento dei testicoli; al mattino erano vivacissime su tutti i muscoli della parete addominale. Seguì l'obitus, con autopsia che confermò la diagnosi di encefalite.

Le scosse muscolari possono, specie nei soggetti giovani, simulare moltissimo la corea minore: vi sono ammalati i quali nel letto *dànno la perfetta impressione di coreici.*

Secondo la mia esperienza le scosse a tipo elettrico quando compaiono con agitazione indicano sempre una gravità notevole del caso; nei nostri pazienti seguì spesso l'esito letale. I sintomi irritativi possono arrivare al punto di dare un quadro che in alcuni momenti rassomiglia al tetano; io ne ho osservato un caso interessantissimo, di cui ho il reperto anatomico.

Al pari dei sintomi paretici anche quelli irritativi non sono assolutamente stabili: accade spesso di vedere i fenomeni irritativi scomparire più o meno rapidamente: in genere però le mioclonie addominali persistono fino alla morte. I più fugaci sono i sintomi irritativi a carico dei muscoli della faccia e del collo.

Spesso si notano miochimie.

La eccitabilità idiomuscolare è sempre aumentata assai.

La sensibilità in genere non è alterata; ma le condizioni di questi infermi sovente non ci permisero uno studio esatto di essa.

Nel caso più comune trovammo delle zone iperalgesiche; qualche volta l'iperalgesia era diffusa a tutto il corpo. Nei miei casi non ho osservato mai anestesie nè dissociazioni della sensibilità. Le parestesie sono assai frequenti: gli infermi si lamentano, specie alle mani, di formicolii, di trafitture, di prurito.

I riflessi profondi generalmente sono esagerati, a volte possono essere aboliti o disugualmente intensi; ma quello che più in essi colpisce è la insolita variabilità: esistono spesso differenze nel comportamento dei riflessi fra la visita del mattino e quella del pomeriggio. Dei riflessi superficiali quelli più costantemente provocabili sono i cremasterici; gli addominali a volte mancano o sono mascherati dalle rigidità delle pareti addominali. I riflessi oculari sono stati nei nostri casi sempre presenti, ma quello alla luce era sovente assai intorpidito; spesso è mancato il riflesso faringeo. La gravità dello stato dell'infermo influisce beninteso sulla produzione dei riflessi.

Il Babinski è eccezionale.

I riflessi di difesa sono vivacissimi.

Io ho riscontrato in più di un infermo che premendo fortemente il fascio nervoso di un braccio si vede tremore a scosse ampie nel braccio opposto, che cessa al cessare della pressione. Questa reazione di controlateralità si manifestò a volte anche negli arti inferiori: premendo sul crurale, l'infermo ha scosse nell'arto opposto, e se non ha scosse presenta una reazione di difesa quasi esclusivamente a carico dell'arto non stimolato: cambiando arto, il fenomeno si ripete sempre controlateralmente.

I dolori neuralgici in alcuni nostri soggetti costituirono il sintoma principale. Gli infermi si lamentano come se fossero dei polineuritici. La

pressione dei tronchi nervosi e dei punti di Valleix è dolente ma non proporzionamente ai disturbi subbiettivi accusati. Si hanno i dolori al rachide, alla nuca, alla pressione dei bulbi oculari.

Notammo assai spesso ipertonia muscolare con viva resistenza ai movimenti passivi. Una nostra malata, sollevata per un braccio, si piegava ad angolo retto come fosse tutta d' un pezzo. Ascrivo all'ipertonia muscolare un notevole valore diagnostico.

Il Kernig fu trovato quasi ogni volta che esisteva ipertonia.

Si possono avere sintomi cerebellari spiccati. Noi abbiamo riscontrato atassia ed asinergia.

L'atetosi nelle mie osservazioni è risultata più rara che non sia descritto da Econòmo. Invece con grande facilità riscontrai movimenti carpologici a volte continui e duraturi.

Gli atteggiamenti non presentarono nulla di caratteristico; quando esistono spasmi muscolari, gli atteggiamenti sono dominati da essi. Notevolissimo sintomo è stata in molti sospetti la catatonia.

Quello che appare in molti infermi è l'angoscia, l'agitazione motoria che li fa continuamente rivoltare nel letto in preda ad una irrequietezza caratteristica come se non trovassero pace.

I delirii negli infermi ricoverati in clinica hanno avuto una grande parte. Per lo più si è trattato di stati gravi di delirio allucinatorio, con tendenza a fuggire dal letto o ad inveire, tanto che si è dovuto ricorrere, oltre che a generosi calmanti, ad assicurare a letto gl'infermi. Il delirio aveva in genere contenuto professionale od era terrifico, oppure traeva origine da allucinazioni cenestesiche o da allucinazioni visive od acustiche; in qualche caso si accompagnava con vero stato ansioso.

Questo delirio a volte sorge improvvisamente, in pieno benessere, dura vari giorni, e conduce a morte: infatti lo stato d'agitazione delirante si ha nei casi più gravi, ove il sistema nervoso è più profondamente lesc ed intossicato.

Nei casi a decorso meno acuto e grave il delirio può trapassare nello stato letargico. Più frequentemente gl'infermi presentano un delirio calmo onirico, che in genere cessa scuotendoli del sonno. Vi sono casi nei quali ogni delirio manca.

Il sonno è uno dei sintomi capitali di questa malattia, tanto da essere stato usato per l'obbiettivazione della forma stessa. Specialmente nelle descrizioni comparse sino ad oggi, il sonno occupa assolutamente il primo piano; questo fenomeno ha ricevuto vari nomi, quali letargo, narcolessia, ipersonno, ecc., in rapporto alla diversa interpretazione che del fenomeno stesso si è data. Sorvolo sulla discussa questione, notando però che i fenomeni possono variare, laonde se può a volte essere giustificato il primitivo nome dato da Ecónomo di letargo, è del pari giusto che nella maggior parte dei casi esso è improprio, trattandosi di semplice sonnolenza o di sopore stuporoso; e nello stesso soggetto si può passare dall'uno all'altro grado. Possono quindi i vari appellativi corrispondere al fenomeno quale è apparso nei singoli casi o nei vari periodi dello stesso soggetto. Io adotto per il fenomeno il nome di sonno, attendendo che ulteriori studi, sopratutto grafici, ne chiariscano la vera natura.

Il sonno degli encefalitici è in molti casi simile, almeno apparentemente, a quello fisiologico: sono individui che dormono in decubito laterale od orizzontale. Tutto quanto accade intorno non li sveglia: in genere basta però avvicinarsi ad essi, chiamarli a nome — a volte occorre anche scuoterli — perchè si destino; essi dànno allora l'impressione di chi viene svegliato: si guardano attorno, cercano di orientarsi, di rendersi conto del mondo che li circonda: spesso provano in principio difficoltà a tenere aperti gli occhi e hanno fastidio dalla luce. Le congiuntive sono arrossate.

Una volta destato l'infermo può rimanere vigile, rispondere alle domande — quando non è disorientato — obbedire agli ordini, ma se gli stimoli esterni cessano, l'infermo si rimette a dormire, riprendendo per lo più la sua primitiva posizione, e ritirandosi addosso le coperte, che erano state eventualmente allontanate. In casi nei quali il sonno è più forte, l'infermo, anche se gli si parla dopo qualche minuto da che è stato svegliato, si distrae, risponde a metà o sconclusionatamente e senza seguire un ordine di idee, quindi chiude le palpebre e ricade nel suo sopore anche se semiseduto sul letto o completamente scoperto. Io non ho visto casi nei quali esisteva un vero letargo, dal quale non fosse possibile richiamare l'infermo. I malati gravi possono essere in uno stato subcomatoso, ma ciò non va confuso col sonno.

Un'osservazione pressochè costante è che il sonno nei nostri infermi è più facile e più profondo nelle ore del pomeriggio e della sera, quando cioè anche il sonno fisiologico suole incominciare.

Questi malati, dormendo, possono sognare e verbigerare: se non sono veri deliranti, scossi e svegliati, tornano rapidamente in loro stessi, e il sogno sembra cessare con la realtà.

Nel sonno i fatti irritativi permangono.

Sovente trovasi uno stato sonnombolico: gl'infermi ad occhi chiusi, come veri sonnamboli, compiono atti volontari od imposti: si alzano dal letto, orinano, mangiano senza mai schiudere le palpebre. Essi possono dormire seduti ed in piedi

con oggetti in mano (per es. col cucchiaio vicino alla bocca) ed in posizioni incongrue; pare allora che un invincibile bisogno di dormire li avvinca, che siano sotto l'azione di un potente narcotico.

Il sonno è in genere un fenomeno variabile. Solo di rado, almeno nei casi da me osservati, il sonno è la prima manifestazione della malattia, come lo era appunto nei due infermi studiati l'anno scorso dal prof. Ascoli. In genere il sonno viene qualche giorno dopo l'inizio dei sintomi e può seguire a periodi di agitazione motoria o di delirio. Vi sono casi gravi, che dal sonno, accompagnato o non con delirio onirico, passano nel coma e muoiono; ve ne sono altri che dormono per settimane e mesi, con rarissimi periodi di risveglio, e tutte le loro azioni si compiono come in sonnambolismo: ve ne sono infine di quelli, e sono i più, nei quali i periodi di sonno si alternano con altri di risveglio o di delirio.

Ma sarebbe erroneo credere che ogni encefalitico, prima o poi, dorma; io ho raccolto più di un caso (e per lo più sono gli agitati od i gravi, che poi giungono a morte) nei quali il sonno è completamente mancato: ricorderò una ragazza con gravi sintomi di irritazione motoria e psiche integra, la quale per nove giorni e nove notti non ha mai potuto dormire e chiedeva a noi un sonnifero per le sue sofferenze: ma neanche la morfina valeva a darle il sonno. Anche in questo caso la diagnosi di encefalite fu controllata dalla autopsia.

Su queste forme di « encefalite letargica senza letargo » richiamo l'attenzione, tanto più date le descrizioni correnti della malattia e l'aggettivo usato di « letargico ». Se si aspetta il letargo per fare la diagnosi di questa forma morbosa si corre il rischio di attendere invano e di giungere alla diagnosi all'ultimo momento.

Al di fuori dello stato delirante o sonnolento esistono disturbi dell'intelligenza; quasi in ogni encefalitico si nota uno stato di ottundimento intellettuale; percezione torpida, ideazione ridotta, critica spesso abolita, facile esauribilità, amnesie. Da esso si può giungere a grandi estremi di confusione mentale: sono individui completamente disorientati circa il tempo, il luogo, le persone; hanno amnesie verbali, i sentimenti affettivi ridotti od assenti, il senso etico manca.

Io ho avuto occasione di studiare un caso, tuttora degente in clinica, nel quale tutta la sintomatologia si è ridotta a modica febbre, sonno profondo che dura da circa un mese e mezzo, e stato menziale.

I disturbi psichici sembrano patire assai meno l'instabilità e variabilità degli altri sintomi della encefalite letargica.

Riscontrammo a volte fenomeni simpatici secretori, quali scialorrea profusa e sudorazione.

Come appendice alla sintomatologia nervosa metto i dati forniti dall'esame del liquido cefalorachidiano: essi sono negativi, ciò che ha grandissima importanza per la diagnosi. Con la puntura lombare si estrae infatti un liquido limpido, solo eccezionalmente sotto alta pressione, che non forma reticolo, non ha o ha lieve aumento di albumina, non dà la reazione di Nonne-Apelt (1), non presenta alcun dato particolare all'esame microscopico, non lascia sviluppare germi sui terreni di coltura. Solo in qualche caso notammo linfocitosi.

Mi resta ora a descrivere i sintomi riscontrati a carico degli *altri organi ed apparati*, ciò che può farsi assai brevemente. La pelle della faccia, e specie del naso, è arrossata; un cattivo segno è, secondo i casi che ho studiato in clinica, la cianosi a chiazze delle estremità, che in genere comincia in corrispondenza della regione anteriore del ginocchio e delle coscie. Le labbra sono aride; il labbro superiore caratteristicamente tumido. Si ha in gran numero di casi *herpes labialis*, che però non va confuso con la formazione di croste nerastre, che sono assai frequenti sopratutto negli infermi più gravi ed agitati, e che a volte coprono quasi tutte le labbra, dando al contorno della bocca di questi infermi un aspetto che subito colpisce. Queste croste a volte sanguinano; i malati si lamentano della aridità della mucosa labiale.

Nei casi più gravi i denti sono opachi, le gengive arrossate e a volte sanguinanti, la lingua arida, coriacea, screpolata, il faringe iperemico, gli occhi affondati nell'orbita, l'espressione del viso emaciata, con i muscoli mimici percorsi da rapidissime contrazioni, che dànno espressioni fugaci di dolore, di sarcasmo o di spavento e conferiscono a questi infermi un aspetto penoso, che testimonia la grave intossicazione di cui sono in preda. Nelle mucose visibili esistono fatti iperemici e catarrali: la congiuntivite è frequentissima. La mucosa nasale è arida e tumida. A carico dell'apparecchio respiratorio non si notano lesioni caratteristiche: trovasi a volte catarro bronchiale diffuso. L'esame del cuore non dà reperto speciale. Il polso è spesso più frequente che non comporti la temperatura. Nel sangue trovammo monocitosi con aumento specie dei linfociti. L'addome in genere è teso e non si lascia esaminare. Gli organi ipocondriaci sono nei limiti: solo qualche volta ho trovato un lieve tumore di milza.

Nelle urine si riscontra di rado albumina in

(1) Noi la avemmo solo in un caso in cui esisteva W-R. positiva nel sangue.

modica quantità senza reperto figurato nel sedimento o con cilindri scarsissimi; questa albumina scompare col miglioramento. Sovente nei casi di media gravità, sempre nei casi gravi, ho riscontrato ritenzione delle urine, per cui si doveva ricorrere al cateterismo; bisogna tener presente la possibilità di un'iscuria paradossa.

La febbre non manca mai all'inizio; essa però può essere così fugace che non cade sotto gli occhi del medico nel periodo di osservazione, ma si rileva solo dai dati anamnestici. In genere però dura a lungo, non alta (di rado sopra i 39 gradi), remittente, a volte intermittente, senza brividi nè sudore; la febbre partecipa anch'essa della instabilità e dell'ondeggiamento che dànno l'impronta a tutto il quadro morboso: a giornate o a periodi di febbre succedono giorni e periodi di apiressia, che a loro volta sono seguiti da riprese febbrili. Tutto il lungo decorso della malattia può essere accompagnato da questa variabile curva termica. Spesso la piressia occupa solo le prime giornate e scompare definitivamente. La febbre che non cede, è di cattivo prognostico. Io ho visto in un caso — senza fatti motori e d'agitazione — la temperatura salire nel periodo premorbale a 41° 6.

Lo stato generale di nutrizione di questi infermi colpisce vivamente il medico. Nei malati calmi ed in cui il sintomo principale è il sonno, con lievi paresi oculo-motorie e facciali, con lieve febbre più o meno transitoria, la nutrizione si mantiene buona; essi anzi, dopo qualche settimana della loro vita di sonno e di letto, sono ingrassati. Ma accanto a questi stanno, in notevole maggior numero, quelli la cui nutrizione, con impressionante rapidità decade: si può dire che noi vediamo questi infermi consumarsi di giorno in giorno sotto i nostri occhi; i bulbi oculari cadono nell'orbita, il pannicolo adiposo ed il tessuto muscolare si distruggono, e dopo una settimana di degenza, se non è sopravvenuta la morte, essi diventano irriconoscibili da quello che erano prima.

Stadio di risoluzione. — Poco possiamo dire allo stato attuale delle nostre osservazioni di quest'ultimo stadio che dipende dalla durata della malattia, che è variabile. Sonvi casi acutissimi che giungono a morte in 2 o 3 giorni, in mezzo a grave delirio, irritazione motoria, febbre alta; ve ne sono altri che muoiono dopo 8-10-15 giorni, durante i quali hanno avuto periodi di apparente benessere e miglioramento. In genere negli encefalitici l'ultimo episodio, pure quando non ha la rapidità della paralisi bulbare, è sempre brevissimo; si nota un improvviso mutarsi delle condizioni dell'infermo, un aggravamento che presto passa in coma, con cianosi, rantolo tracheale, e il trapasso nella morte dopo poche ore. Donde la estrema prudenza della prognosi. Ma vi sono casi che durano settimane e mesi, poi guariscono con residui paretici. Fino ad oggi la mortalità dei casi ricoverati in Clinica è stata del 28 %. Ma in questa cifra bisogna tener presente che spesso noi abbiamo accolto nelle nostre sale i casi più gravi. Il mio periodo di osservazione è ancora breve perchè possa riferire più ampiamente.

I casi che il prof. Ascoli ha illustrato un anno fa sono entrambi viventi: l'uno di essi, che ci è stato possibile seguire attentamente, è ingrassato e sta apparentemente bene, tranne uno stato generalizzato di distrofia cutanea che ricorda la sclerodermia; ma gli è residuato un evidente *deficit* psichico.

FORME CLINICHE.

L'encefalite letargica non può oggi più adattarsi alla ristretta concezione dei primi casi, e la primitiva descrizione è rimasta inclusa in un quadro di ben più ampi confini. Con ciò i sintomi precedentemente fissati nulla hanno perduto nella gerarchia nosografica: il sonno e le paralisi conservano il predominio: ma non sono nè i soli segni obbiettivi, nè gl'indispensabili.

È su questo nuovo concetto che io richiamo l'attenzione; esso è frutto della più vasta esperienza da un lato, del più completo sviluppo della malattia dall'altro. E poichè alla riunione delle forme di tipo differente noi non siamo potuti arrivare colla guida etiologica, e non sempre interviene il controllo anatomico, è lo studio clinico che in questa concezione sta per ora a fondamento; sopratutto lo studio di quei casi, che, come dicevo, partecipando contemporaneamente della sintomatologia di uno o di un altro tipo, formano preziosi ponti di collegamento pel concetto globale della malattia e per la comprensione in essa di tutte le forme, che effettivamente le appartengono.

È il nosografismo precursore, come lo ritroviamo nella storia della conoscenza di tutte le malattie; nosografismo, che per quanto in una notevole parte dei casi riceva il conforto anatomopatologico è sempre pericoloso di errori e non cessa dal richiedere la più prudente applicazione onde non allargare ingiustamente i domini della forma morbosa e dedurre conclusioni, che potrebbero un giorno dimostrarsi non vere.

Se noi facciamo tesoro dei dati che lo studio anatomopatologico ci ha fino ad oggi forniti, la nostra concezione clinica riesce ad ogni modo assai schiarita. L'anatomia patologica ci dice che nella malattia, cui assistiamo, le lesioni tempestano tutto l'asse cerebro spinale, e non il solo cervello, e tanto meno di questo i soli gangli

della base: sono alterazioni minutissime quelle che noi sveliamo; altre forse ancora più ristrette ci sfuggono. A questo dato fa riscontro la clinica, che coi sintomi traduce le lesioni: e i sintomi, al pari di queste, sono molti, e variano per intensità, e si raggruppano nel modo più capriccioso e più imprevisto dei centri nervosi.

Nessuna parte sembra godere immunità: perciò nessun sintoma può teoricamente mancare. Che ove si aggiunga il concetto di sintomi dovuti a diaschisi e di sintomi dovuti non alla lesione anatomica, ma al fattore tossico, noi possiamo comprendere il quadro clinico.

Il quale spesso sarà anche inferiore all'anatomico, in quanto che non ogni lesione nervosa si traduce con sintomo rilevabile. All'offesa anatomica o funzionale possono i centri nervosi rispondere con irritazione o con paralisi.

Così concepita la malattia, ne comprendiamo il carattere fondamentale: *il polimorfismo.*

E spieghiamo ancora la instabilità, la varietà dei sintomi. Nel quadro morboso complesso ed instabile dell'encefalite l'esperienza clinica ci ha però dimostrato un dato di fatto: che vi sono sintomi, il cui sopravvento o la cui assenza impone al quadro morboso stesso una fisionomia speciale: nascono così delle forme cliniche, abbastanza delimitabili, che si ripetono nei singoli soggetti con notevole uniformità, e che nosograficamente vanno per ciò separate.

Lo studio del materiale clinico che io ho potuto fare mi ha portato a distinguere quattro forme dell'encefalite epidemica: *la forma letargica, la forma ipercinetica, la forma paralitica e la forma mentale.*

1° *La forma letargica* classica, nella quale predomina il fattore sonno, è quella con catatonia, limitate paralisi oculari, assenza di fatti irritativi e deliranti — i quali se si presentano sono appena accennati e fugaci — con decorso prolungatissimo; ha tendenza per lo più alla guarigione con o senza reliquati motori e della sfera intellettiva; la febbre in questi casi è modica e transitoria, le condizioni generali sono sempre poco compromesse, la nutrizione si mantiene buona e sovente, con l'immobilità a letto, i pazienti ingrassano.

I più tipici casi di queste forme sono quelli descritti lo scorso anno dal prof. Ascoli.

2° *La forma ipercinetica* si è imposta nell'epidemia corrente. Si tratta di individui i quali dopo brevi segni premonitori, consistenti sopratutto in cefalee, dolori ossei e neuro-muscolari, irrequietezza, verbosità, leggero rialzo termico, vengono improvvisamente colpiti da movimenti coreiformi, scosse muscolari cloniche, sovente a tipo elettrico, il più spesso dei muscoli addominali e dei muscoli della faccia e degli arti, ipertonia muscolare, eccitabilità idio-muscolare e riflettività di alto grado, a volta spasmi e trisma, rigidità della colonna vertebrale, febbre alta, deliri allucinatori, a volte furiosi, gravi turbe delle sfere intellettive. Il quadro sintomatologico così abbozzato può essere più o meno grave e completo. In capo a 2-3 giorni si può avere l'esito letale, oppure subentra una relativa calma, che passa nel coma mortale; oppure, nei casi più lievi, succede il sonno letargico. Ma anche nel sonno questi infermi si distinguono dagli altri: hanno delirio onirico, sono poco o nulla coscienti, hanno scosse muscolari continue; le labbra sono arse, coperte di croste nerastre, la lingua coriacea e secca, l'alito fetido; la nutrizione decade con impressionante rapidità; gli occhi si affondano nell'orbita, si ha ritenzione di urine.

A volte gli stati di eccitazione motoria e psichica si succedono a brevi tregue di sopore comatoso.

La febbre è alta, con dispnea e polso frequentissimo.

Questi soggetti dànno l'impressione di essere in preda ad uno stato tossico profondamente grave ed acuto e per lo più muoiono.

In alcuni gradi estremi si ha il vero quadro del tetanico, come nella storia un'inferma nella quale non si manifestò mai il sonno, per tutta la malattia; essa fu agitata, in preda a scosse tonico-cloniche, a trisma, e negli ultimi giorni di vita bastava scuoterle il letto, perchè entrasse in una fase di convulsioni toniche simili a quelle del tetano.

3° *Forma paralitica.* — Predominano le paralisi dei muscoli appartenenti ai territori dei nervi cranici e spinali. La malattia si insedia subdolamente e lentamente, con una diplopia o una paresi facciale o di un arto; a volta con sintomi meningitici. Lo stato generale è poco compromesso: la febbre è modica. La coscienza integra. Si hanno periodi di sonno, dal quale non è difficile destare i pazienti: durante molte ore della giornata essi restano spontaneamente svegli e possono anche abbandonare il letto, ed attendere parzialmente a delle occupazioni.

Sono rare le scosse muscolari; ma quelle che più richiamano l'attenzione, e spesso come solo sintomo apprezzabile ad un esame superficiale, sono i disturbi di *deficit* motorio.

Ove in questa forma non si pensi a ricercare i sintomi, che possano avvalorare le diagnosi di encefalite epidemica, si può trovarsi di fronte all'impossibilità della diagnosi. Molte forme di semplici paresi e paralisi, più o meno transitorie e permanenti, insorte con febbre, cefalea, ottundimento cerebrale, ecc., dovranno verosimilmente

rientrare in questo gruppo, quando l'encefalite sarà meglio studiata ed individualizzata.

4° *Forma mentale*. — E' la più rara. Manca ogni sintomo sia di deficit sia di irritazione motoria. Tutta la sintomatologia si concentra, oltre un torpore profondo, nella sonnolenza letargica e in un profondo perturbamento delle funzioni psichiche a tipo amenziale. L'infermo si trova in uno stato grave di confusione; è disorientato completamente rispetto al tempo, al luogo ed alle persone: ogni potere di critica e di volontà è abolito. I sentimenti affettivi, etici, religiosi, sono alterati profondamente. Esistono amnesie: spesso si hanno verbigerazioni, ecolalie, parafasie, facile esauribilità, per cui l'infermo rimane estraneo all'ambiente, e si sottrae all'analisi per rimettersi a dormire. Egli non ha nessuna coscienza del suo stato.

La febbre è modica, continuo-rimittente; l'esame obbiettivo degli organi interni negativo; lo stato generale è buono. Nel paziente di questa forma, che noi abbiamo studiato in clinica, non esisterono mai paralisi ad eccezione di una transitoria diplopia. Non ho presentemente elementi bastevoli per dire di più di questa forma, il paziente che l'ha presentata essendo ancora in istudio.

L'epidemia, che va in questi mesi svolgendosi, studiata appieno sarà certo feconda di reali progressi nelle nostre ancora imperfette conoscenze su questa malattia. Il contributo che ciascuno porterà di studio ed osservazioni cliniche, i risultati degli esperimenti e delle ricerche di laboratorio, l'analisi e l'interpretazione della letteratura passata, sommandosi ed integrandosi, permetteranno di scrivere un nuovo capitolo di patologia e di clinica, nel quale io credo debbano trovar posto altre descrizioni di forme encefalitiche, le quali osservate sporadicamente, non poterono essere giustamente interpretate, ed hanno ricevuto nomi impropri, quando non sono rimaste nel silenzio, perchè riuscite addirittura di non interpretabile natura.

☛ Sull'ENCEFALITE LETARGICA pubblicheremo nei Fasc. 2 e 3 della nostra Sezione Medica una Memoria completa del dottor *ECONOMO* di Trieste, il quale ha studiato a fondo tutti gli aspetti della recente epidemia.

Il lavoro sarà accompagnato da parecchie tavole illustrative.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ALESSANDRIA.

Ricerche batteriologiche sopra tre casi di encefalite letargica.

Dott. GABRI GIUSEPPE, ten. colonnello medico.

Nel gennaio c. a., sono stati ricoverati negli Stabilimenti Sanitari della città n. 3 casi di encefalite letargica.

Di questi due furono ricoverati nel reparto infettivi dell'ospedale militare principale di Alessandria; uno all'infermeria (locale di isolamento) del campo di concentramento P. G. di Alessandria.

Riassumo le storie cliniche, comunicatemi dai medici curanti:

1) Soldato V... L..., classe 1899. Entrato all'ospedale militare Principale di Alessandria il 5 gennaio 1920 nel Reparto diretto dal medico civile chiamato in servizio, Beretta dott. Ernesto, al quale va attribuito un vivo elogio per la pronta diagnosi da lui fatta e per avermene subito informato.

Storia clinica: nulla nel gentilizio. Asserisce di non aver mai sofferto di malattie importanti. Da qualche giorno indisposto.

Costituzione scheletrica e muscolatura normali; pannicolo adiposo scarso: colorito un po' pallido.

Cuore: impulso aumentato di intensità e di frequenza. Polso radiale ampio e pieno. Polmone destro: lieve ipofonesi alla base, con lieve diminuzione del fremito vocale e del respiro. Ventre trattabile: lingua impatinata ed asciutta.

Sulla pelle del torace anteriormente e più ancora posteriormente si notano scarse pustole e papule: alla parte interna del ginocchio sinistro una pustola leggerissimamente ombelicata. Numerose piccole papule con un piccolo centro pustoloso in corrispondenza dei follicoli piliferi del pube e delle parti vicine all'inguine e delle coscie (triangolo crurale di Simon): nessuna papula nè pustola sulla faccia o sulle mucose visibili.

Sensibilità tattile di poco diminuita, massime all'estremità: movimenti degli arti inferiori e superiori quasi continui. Tarda reazione pupillare. Non Kernig nè Babinskj. Sensorio leggermente offuscato-subdelirio. L'ammalato in continua agitazione cerca di abbandonare il letto.

Tempertura 38,3, polso 88.

6 gennaio: temperatura M. 38,4. - S. 38,5 - polso 90. Orine scarse. Una scarica di materie formate. Cefalea: epistassi.

7 gennaio: temperatura M. 38,4 - S. 38,6 - polso 91.

Lo stato di eccitamento è un po' diminuito. Il sensorio però è più obnubilato: chiamato, l'infermo si riscuote, guarda, ma non risponde. Epistassi alvo chiuso. Ore 22: stato quasi soporoso. Temperatura 38,5 polso 95. Sussulti tendinei. Ha avuto una scarica abbondante di materie poltacee, dietro un clistere.

8 gennaio: ore 9 temperatura 39,5 polso III;

frequente e debole: stato letargico. Ore 16 temperatura 39,3: condizioni invariate.

9 gennaio: deceduto ore 7,30.

Il 7 gennaio si preleva dalla vena mediana cefalica sangue per sierodiagnosi e per emocoltura. I risultati saranno esposti in seguito.

L'esame delle orine ha dato: reazione acida; presenza di tracce di albumina. Diazoreazione positiva, intensa, di colore rosso scuro.

Riassunto dell'autopsia: *cranio*: pie meningi un po' aderenti. Sostanza cerebrale iperemica con piccole emorragie puntiformi sparse. Liquido cerebro-spinale normale.

Torace: aderenze pleuriche a destra. Catarro nei grossi bronchi e medi.

Cuore: ipertrofia del ventricolo sinistro: insufficienza della valvola mitrale, da endocardite di antica data.

Addome: estese aderenze del grande omento alle anse intestinali sottostanti, di data recente: congestione intensa del peritoneo viscerale e della mucosa dell'ileo e del crasso.

Reni: alquanto congesti.

Milza: normale; null'altro di notevole.

Diagnosi anatomica: encefalite acuta: aderenze pleuriche a destra: catarro dei medi e grossi bronchi. Insufficienza mitralica da endocardite pregressa: ipertrofia del ventricolo sinistro. Aderenze recenti del grande omento alle anse sottostanti: congestione intensa della mucosa dell'ileo e del cieco e del peritoneo viscerale. Congestione renale.

2) Soldato M... F..., classe 1897, 1° genio aggregato alla 2ª Sanità: entrato il 4 gennaio 1920 nel reparto medicina diretto dal dott. Beretta, che anche in questo caso ha stabilito subito con prontezza la diagnosi clinica.

Gentilizio puro. Alle armi dal 2 marzo 1917: il 26 agosto 1917 ferito da palletta di shrapnel al fianco sinistro, sull'Hermada. Nessuna malattia importante sofferta in passato.

Accusa fortissimi dolori al capo, febbre, un po' di tosse. E. O.: Costituzione scheletrica e muscolare regolari. Pannicolo adiposo scarso; colorito pallido.

Nulla al cuore.

Lieve ipofonesi alla regione scapolare destra, con respiro aspro. Fegato e milza normali. Ventre tumido, con borborigmi; lingua impatinata.

Pupille tarde. Riflessi patellari scarsi. Niente Kernig nè Babinskj.

5 gennaio 1920 temperatura 37,7 polso 89. Cefalea frontale. Anoressia. 6 gennaio 1920 temperatura mass. 38,5 polso 90. L'ammalato è un po' agitato ed in preda a spasmi clonici diffusi. Lieve sub-delirio. Ore 16 temperatura 37,9 polso 100. L'ammalato cerca di fuggire dal letto.

7 gennaio: temperatura 37,8, polso 100: continua lo stato di agitazione con lieve torpore psichico. L'infermo però chiamato comprende ed eseguisce con un po' di vivacità ciò che gli viene ordinato.

8 gennaio: temperatura 37,7 polso 105, irrequietezza generale aumentata: facies ansiosa. Reazione pupillare pigra: riflessi cutanei e tendinei aboliti. Ore 16 temperatura 39: polso 105. L'ammalato interrogato risponde con un balbettamento confuso.

9 gennaio: temperatura 37,3: polso 110: ore 16 temperatura 37,5. Paralisi del facciale inferiore destro.

10 gennaio: temperatura 37,5: polso 110: ore 16 temperatura 38,7. Visitato dal consulente del Corpo d'armata prof. Ceconi viene confermata la diagnosi di encefalite letargica.

11 gennaio: ore 9 temperatura 37,9: polso 100: ore 16 temperatura 37,4: polso 105.

Scomparso completamente lo stato di agitazione: l'infermo è soporoso. Polso piccolo: alvo chiuso.

12 gennaio: ore 9 temperatura 37,4: ore 16: 37,5; polso sulle 100 pulsazioni. L'ammalato presenta una lieve paresi della metà destra del corpo; perdita di urine; sensorio ottuso, polso piccolo, lieve dispnea.

13 gennaio: temperatura 37,2. L'ammalato non inghiottisce più: incontinenza di orina.

Alvo chiuso non ostante un clistere.

Ore 16 temperatura 37, polso 110. Piccolo irregolare. Pupille non reagenti alla luce.

14 gennaio: temperatura mass. 36,2: S. 36,6. Dispnea; stato letargico; polso piccolo, frequente, irregolare.

15 gennaio: deceduto ore 4.

Il giorno 9 gennaio viene prelevato dall'infermo un campione di sangue per siero-diagnosi ed emoculture: i risultati saranno esposti in seguito.

L'esame delle orine ha dato: tracce di albumina: diazoreazione debole, presente.

3). Storia clinica (riassunto) del prigioniero di guerra K. O. Il 15 gennaio viene ricoverato all'ospedale prigionieri di guerra, diretto dal capitano medico richiamato Castelli dott. Ettore.

Da due giorni accusa senso di malessere e di debolezza generale. Temperatura 39,5: polso 110.

L'infermo ha sintomi di irritazione motoria; tremito intenso per piccoli spasmi clonici generalizzati. Le pupille sono dilatate, ma reagiscono alla luce. Coscienza integra. Tendenza al sonno.

16 gennaio: continua la febbre alta e persistono i sintomi sopra enunciati. Minzione frequente, defecazione regolare. L'infermo si sente in stato di debolezza tale che gli fa presagire una prossima fine.

L'esame delle urine è negativo, tranne lievi traccie di albumina. Polso frequente, debole, aritmico.

17 gennaio: alla faccia, alla fronte, al mento, alla schiena, alla regione anteriore toracica si manifesta una eruzione di papule che si sviluppa maggiormente intensa all'ipogastrio, ed alle regioni inguinali (triangolo crurale del Simon): ivi le papule presentano attorno ai peli una lieve depressione purulenta puntiforme.

Persistono sempre gli stessi sintomi motori di eccitamento; febbre ancora alta. L'ammalato diviene sonnolento: interrogato comprende ed eseguisce quanto gli viene ordinato ma con visibile vivacità. Poi ricade in stato soporoso.

18 gennaio: la temperatura diminiusce (37,5); il polso si porta a 120-130; persiste la sonnolenza.

19 gennaio: ore 4,30 l'infermo muore.

Il 18 gennaio viene prelevato un campione di sangue per siero-diagnosi ed emocoltura: i risultati saranno resi noti in seguito.

Ringrazio il dott. Castelli — il quale ha fatto prontamente la diagnosi di encefalite letargica — di avermi dato pronto avviso del caso sopra riferito.

RICERCHE BATTERIOLOGICHE.

Ho seminato 2-4 cmc. di sangue ricavato dalla puntura della vena mediana cefalica in 8-12 cmc. di bile di bue filtrata e sterilizzata nell'autoclave ad una atmosfera per una mezz'ora (la sterilizzazione è stata fatta due volte a qualche mese di distanza l'una dall'altra). Altrettanto sangue veniva seminato su 30-40 cmc. di brodo Löffler. Dopo breve agitazione i tubi di coltura venivano posti in termostato. Dopo 24-36 ore di termostato a 36-37 gradi, i liquidi insemenzati venivano esaminati in goccia pendente. Sopratutto nelle colture fatte nella bile risultava presente un micrococco avente i caratteri morfologici del tetragono. Nel brodo si trovava qualche forma di cocco di varia grandezza isolato, o di diplococco od a forma di occhi riuniti a tre o ad ammassi.

Constatata la presenza del micrococco nella bile ho fatto dei trapianti in brodo Löffler (2-3 ansate di bile presa a diversa profondità nei tubi di coltura): dopo 12-24 ore si rilevava la presenza di un lieve intorbidamento dapprima visibile solo dopo scuotimento del tubo, ed in seguito sempre più appariscente: col tempo si va formando nel brodo un deposito fioccoso sul fondo, deposito che agitando la provetta si solleva in un movimento vorticoso sempre rimanendo aderente al fondo della provetta con una delle estremità. Il brodo rimane sempre torbido. Invece il brodo delle colture giovani, tenuto a temperatura ambiente, si chiarifica lasciando sul fondo un sedimento.

Dal brodo Löffler feci diversi trapianti, di cui descrivo i caratteri:

Brodo al rosso neutro: il colore non viene mutato.

Agar per infissione: nei tubi di agar un po' vecchi e quindi relativamente secchi si forma sulla superficie una placca lucida simile a cera fusa e rappresa, irregolarmente rotondeggiante, a strati concentrici, di colore gialliccio chiaro: lungo l'innesto striscia dello stesso colore. Nell'agar recente e quindi con acqua di condensazione si forma in superficie una patina bianchiccia e una striscia dello stesso colore lungo il tragitto dell'innesto.

Agar a becco di clarino: patina bianca leggermente giallastra, talora soltanto biancastra verso il fondo del tubo e colonie rotondeggianti isolate bianco giallicce o bianchicce nella parte superiore.

Gelatina per infissione: filamento biancastro lungo l'infissione e straterello scarso biancastro alla superficie. Non sempre però si ha sviluppo nella gelatina per infissione.

Insemenzando della gelatina fusa e versandola in piastra Petri, dopo tre o quattro giorni si ottengono delle colonie puntiformi bianchicce, che a piccolo ingrandimento si mostrano irregolarmente rotondeggianti, giallicce, granulose (da principio rammentano un po' l'aspetto di vetro pesto di quelle del colera; in seguito si fanno scure).

La gelatina non sembra venir fluidificata.

Nel latte: il latte non viene coagulato; ma dopo una diecina di giorni ha un aspetto più acquoso, come diluito.

Patata: insemenzando della bile infettata col sangue del malato sulla patata si ha, dopo tre o quattro giorni, lo sviluppo di piccole colonie bianchicce simili a goccioline di muco.

Sull'agar lattosato; su quello glucosato; su quello glicerinato si ha sviluppo di una patina nel fondo del tubo e di piccolissime colonie isolate nella parte alta.

Col siero di sangue del malato ho praticato la siero-diagnosi (1 per 25 - 1 per 50 - 1 per 100) per il tifo, per il paratifo A e B, per il protus × 19 (ceppo Trieste e ceppo Vienna): ad eccezione del siero di sangue del prigioniero di guerra che agglutinava in modo appena sensibile il paratifo B; tutte le siero-diagnosi riuscirono negative.

L'agglutinazione è stata pure da me tentata con coltura in brodo recente del micrococco ricavato dal sangue del malato; e con emulsioni di patina di coltura in agar dello stesso microorganismo: essa ha dato finora risultati poco notevoli: ho potuto esperimentare col siero di un solo paziente: con l'emulsione ho ottenuto un certo grado di agglutinazione fino all'1 per 50; ma, ripeto, il fenomeno non è ben manifesto; ciò che, del resto, potrebbe dipendere dalla gravità della infezione e dal periodo precoce in cui il siero è stato attinto, periodo in cui non si sono ancora potute formare nel sangue le agglutinine specifiche.

Dal sangue strisciato su di un porta-oggetti e colorato col Romanowskj Stain (Leishman), non ho potuto rilevare che una lieve leucocitosi polinucleare.

Il micrococco si colora bene coi colori comuni e resiste al Gram. A forte ingrandimento si vede già in ogni cocco la divisione in altri due, tanto che ogni cocco assume l'aspetto di un grosso chicco di caffè.

Nulla posso dire circa l'infezione sperimentale nelle cavie sia con l'innesto endoperitoneale, sia con l'innesto di ansate di coltura nel naso, essendo in corso le ricerche, finora negative. Non sono in possesso di topi albini nè, date le mie molteplici occupazioni, ed il disservizio ferroviario di questi giorni, sono riuscito finora a procurarmene. Del resto è ben noto che il m. tetra-

geno dà luogo per innesto sottocute nei topi albini ad una vera setticemia: il topo si fa sonnolento, debole e muore in periodo da 24 ore e tre-quattro giorni (1).

Da quanto sopra sembrami che il micrococco da me isolato, identico in tutti e tre i malati, stia in certo qual modo tra il micrococco tetrageno ed il paratetrageno di Bezançon ed Israël (2).

Manca la disposizione in zooglee e la decolorazione al Gram dei piccoli elementi, caratteristici del paratetrageno di Bezançon; e presenta qualche piccolo carattere culturale differente dal tetrageno. Ma, del resto, è ben noto che il micrococco tetrageno ha molte varietà: Baldoni riuscì a trasformare una varietà nell'altra, esponendo le culture al sole o variando la composizione dei mezzi colturali (1).

Questo microrganismo che si trova abitualmente nell'aria, nella cavità bucco-faringea, nel muco nasale, nelle feci, nei capezzoli delle mammelle, ecc., assume talora proprietà patogene (caverne dei tisici, secondo Koch e Gaffkj), ascessi gengivali, angine, bronchiti nell'influenza, ascessi cerebrali, endocarditi, ecc.

Furono già descritti casi di setticemia dovuti a questo microbo.

Anche il m. paratetrageno di Bezançon fu trovato spesso nello sputo di malati di bronco-polmonite nel corso dell'epidemia di grippe nell'inverno 1904-1905: una volta fu trovato nel liquido cerebro-spinale di un malato affetto da paraplegia consecutiva ad una infezione polmonare dovuta a questo microbo che esisteva pressochè puro nell'espettorato (2).

Questi dati storici mi sembrano appoggiare in certo qual modo la mia conclusione, che cioè l'encefalite letargica — malattia che suole manifestarsi durante o dopo le epidemie di influenza — possa essere una setticemia dovuta ad una varietà di micrococco tetrageno.

Avrei desiderato attendere ancora ad ulteriori ricerche sul microbo in discorso. Però nella considerazione che la malattia attualmente dà soltanto casi sporadici e fortunatamente molto rari, ho creduto doveroso di rendere subito note le mie ricerche, affinchè esse possano essere ripetute da altri qualora se ne presenti l'occasione, allo scopo di vederle confermate ed ampliate e colla speranza che ne possano scaturire da parte di competenti utili deduzioni dal lato profilattico e da quello terapeutico.

(1) TESTI. — *Ricordi di microbiologia pura ed applicata.*

(2) FERNAND BEZANÇON. — *Précis de microbiologie clinique.*

OSPEDALETTO DA CAMPO N 140 IN CIVIDALE.

Di quattro ammalati di "encefalite letargica"

per il dott. CESARE FAUSTO OGGERO
maggiore medico.

Riferirò brevemente su quattro casi di «Encefalite letargica», di recente ricoverati nello ospedale da campo, che dirigo.

Se ne avvantaggerà, in qualche misura, la non ricca casuistica di questa entità morbosa, per vari aspetti ancora enigmatica, la cui progressiva propagazione in Italia desta vive preoccupazioni, sebbene, a rigore di termini, oggi si debba parlare di manifestazioni sporadiche, e non di epidemia, eccezione fatta, forse, per Verona, ove si contarono ventisette casi nel passato dicembre.

Darò alla materia la seguente disposizione: prima descriverò succintamente, e caso per caso, la sintomatologia dei quattro ricoverati; esporrò in seguito il risultato dell'esame batteriologico del liquido cefalo-rachidiano di uno di essi, ed il reperto anatomopatologico desuntto dalla necroscopia dello stesso, deceduto dopo sette giorni di degenza ospedaliera. La conclusione saranno alcune considerazioni critiche di carattere generale.

* * *

Il 28 dicembre u. s. giungevano a questo ospedale, inviativi da un reparto di S. Pietro al Natisone (circondario di Cividale), il caporale degli alpini S... G... per presunta corea, ed il caporale automobilista B... N... per flemmone della mano destra.

Al loro ingresso all'ospedale presentavano: il primo, movimenti coreiformi interessanti, in lieve grado, i muscoli della faccia, in grado maggiore le estremità ed il tronco; l'infermo appariva come in preda ad un incessante accesso convulsivo, apriva e chiudeva le braccia, si ravvoltolava su sè stesso, dimenava le gambe. Invitato a restare immobile dichiarava di non riuscirvi. Gli era possibile la presa degli oggetti, e poteva alimentarsi da sè.

In mezzo a questa tempesta fisica la coscienza permaneva lucida, ma il tono ne era esaltato. Il soggetto rispondeva bensì logicamente alle domande che gli erano rivolte, ma lo faceva con foga, quasi con ansietà, al pari di chi subisce una forte emozione, tradendo un notevole indebolimento delle facoltà inibitorie.

Dall'anamnesi risultò che il male l'aveva colto, all'improvviso, in stato di pieno benessere, annunziandosi con brividi di freddo, cefalea, dolenzia muscolare e grande irrequietezza.

L'esame clinico condotto con somma diligenza riuscì negativo (e così per i giorni successivi) nei riguardi dei visceri endo-toracici ed addominali; rivelò invece chiari segni di irritazione

meningo-encefalica, cioè: il già descritto disordine muscolare, lieve anisocoria, fotofobia, aumento dei riflessi tendinei ed abolizione dei cutanei addominali e cremasterici. Il quadro testè tracciato, che era andato via via modificandosi nei giorni appresso, particolarmente per quanto si riferiva alla psiche, disorientatasi precocemente, in quinta giornata subì un decisivo mutamento: i fatti irritativi, da cui prima era improntata la scena, si attenuarono rapidamente sino a sparire; subentrò al disordine convulsivo una generale e profonda prostrazione dell'individuo, che prese a giacere inerte e quasi inanimato sul letto, indifferente a qualsiasi stimolo esteriore, agli stessi bisogni organici.

Il volto divenne profilato, le occhiaie affondate e livide, attraverso le palpebre socchiuse i globi oculari apparivano stirati in alto e in dentro. Le ginocchia rimanevano fissate in permanente flessione (Kernig), atteggiamento che si accentuava quando l'infermo era posto a sedere sul letto. Si notò dermografismo e retrazione del ventre. Un fatto, infine, colpì particolarmente l'attenzione: il rapido decadimento fisico dell'infermo, che, da florido che era cinque giorni prima, quando entrò all'ospedale, si era ridotto alle pietose apparenze dell'ammalato in preda ad un'ostinata e violenta febbre consuntiva. Il mattino del settimo giorno passava a morte da uno stato di profondo coma.

Il liquido cefalo-rachidiano, estratto colla puntura lombare, al quarto giorno, non sembrò di pressione superiore alla normale, ma vi fu incertezza nell'apprezzamento dei caratteri macroscopici. Esaminato al gabinetto microscopico dell'Ospedale Militare Principale di Udine, mostrò:

« Liquido scarsamente corpuscolato, ammassi di leucociti, in massima poliformo-nucleati, nutena, Gram positivi, non aventi i carateri del tena. Gram positivi, non aventi i caratteri del meningococco ».

Alla necroscopia si notò: fatti infiammatorii a carico delle meningi; la dura madre aderiva solidamente alla faccia interna della calotta cranica; si notò scarso essudato in taluni punti della pia assai iniettata, discreto liquido nel ventricolo laterale destro.

Segni evidenti di intensa setticemia nei visceri endo-toracici ed addominali (miocardite; degenerazione torbida iniziale della corteccia dei reni; qualche infarto polmonare senza che vi fossero però indizi di polmonite). Pertanto si credè di concludere per una setticemia di carattere meningo-encefalica. La diagnosi di encefalite si fece più tardi, per analogia quando essa fu formulata per gli altri infermi, cominciandosi solo allora a parlare della nuova forma morbosa ed a darne le prime sommarie descrizioni, in perfetta armonia coi sintomi rilevati.

L'altro infermo, il cap. automobilista B... N..., con flemmone alla mano destra, il secondo giorno della sua degenza ospedaliera, e più esattamente mentre in sala di chirurgia gli era praticata la medicazione alla mano ammalata, avvertì all'improvviso un senso di forte costrizione alla gola, irrequietezza generale, mentre i muscoli del viso e delle braccia presero a contrarsi, obbligando l'ammalato a compiere ridicole smorfie e ad aprire e chiudere alternativamente le braccia. Riportato a letto, si pensò ad un attacco di grande isteria, ma poi, continuando i disturbi, anzi aggravandosi nei giorni successivi, parve logico ravvisare un legame sintomatologico con l'altro infermo descritto più sopra, anche perchè entrambi provenivano dallo stesso reparto. Il giorno 5 corr. quando fu trasferito all'ospedale infettivi di Gervasutta di Udine, le condizioni dell'infermo erano: temperatura 40°; persistenza del tic facciale; il movimento convulsivo delle braccia era cessato; coscienza integra; però nelle notti precedenti c'era stato, a brevi tratti, lieve vaneggiamento. Nessuna lesione organica all'infuori dei sintomi nervosi accennati.

Il terzo infermo, il s. ten. C... A... della Direzione Genio di S. Pietro al Natisone, quando fu ricoverato in questo ospedale (il 2 corr. mese), era in preda ad una impressionante eccitazione. Gli era impossibile rimanere un solo istante fermo sul letto. Invitato a sedere sul letto per l'esame clinico, scattava come una molla. Parlava a sbalzi, e con tono concitato, si lagnava insistentemente di vedere doppi gli oggetti (diplopia), e la luce gli dava una intollerabile molestia.

Il volto era soffuso, le congiuntive iniettate, i globi oculari stirati in dentro (strabismo convergente). Non rigidità dei muscoli della nuca e del dorso. Anche in quest'infermo gli apparati endo-toracici ed addominali risultarono illesi; colpirono i soliti fatti irritativi del sistema nervoso. Temperatura 38°,8.

Il mattino successivo la situazione manteneva le sue linee generali, ma ne era aumentato il grado di gravità.

Si ritenne colpito dallo stesso male degli altri due infermi, e col caporale B... N... fu sgombrato all'ospedale Gervasutta di Udine.

Ci è giunta in seguito la notizia della sua morte avvenuta il 10 corr.

All'ora di concludere queste note è giunto all'ospedale, pure proveniente da S. Pietro al Natisone, l'artigliere da montagna S... A... con manifestazioni tali da farlo ritenere colpito da encefalite letargica: estrema agitazione psico-fisica, l'ammalato muta continuamente di posizione nel letto; a tratti il viso è contratto in una smorfia di ammiccamento, il capo è scosso come in atto di diniego, mani e piedi sono in moto perpetuo.

Ha il modo di parlare degli altri, a scatti, con impeto. Dichiara di non avvertire alcun male, all'infuori di una estrema irrequietezza, ed attribuisce il suo stato ad una viva contrarietà provata in questi giorni. Riferisce di avere due zii dal lato paterno ricoverati in manicomio.

Clinicamente si osservano i soliti segni di irritazione nervosa già descritti negli altri ammalati, con in meno i sintomi oculari. Temperatura 37°,3. Osservato durante il sonno si constatò le persistenza dei disturbi motori. Si provvide al suo immediato isolamento, ed ora rimane in osservazione per la costatazione dell'ulteriore sviluppo della malattia.

***

Come considerazioni generali, in base ai fatti osservati ed alle informazioni raccolte direttamente sul luogo di provenienza degli infermi, ci pare lecito inferire:

a) La sintomatologia apparve, nei nostri am-

malati, analoga a quella delle forme convulsivanti nella fase iniziale, l'irritativa; a quella della meningite cerebro-spinale nella terminale, la letargica, nel caso passato a morte.

b) Colla meningite cerebro-spinale epidemica, la encefalite letargica sembra avere in comune la tendenza ad insorgere nella stagione invernale, probabilmente sotto l'influenza delle particolari condizioni meteorologiche (freddo-umido); il modo di stabilirsi dell'epidemia a disseminazione sporadica, con casi isolati, sparsi qua e là, senza che finora abbia dimostrato tendenza a diffondersi rapidamente in estensione, come è dell'influenza, di cui si vorrebbe considerarla una manifestazione a tipo cerebrale. Forse la scarsa contagiosità è da attribuirsi alla natura chiusa della malattia, al pari della meningite.

I due primi casi, solo tardivamente riconosciuti, rimasero quasi una settimana frammischiati agli altri ammalati comuni dell'ospedale, senza che, a tutt'oggi, il morbo si sia manifestato in militari del personale di assistenza od in compagni di reparto.

c) Aggiungendo ai quattro casi descritti altri tre verificatisi nella popolazione civile di San Pietro al Natisone, a tutt'oggi, i decessi sommano a tre (oltre il 35 %), mortalità di gran lunga superiore a quella che si sarebbe avuta a Verona (4 morti su 27 colpiti = 15 %), ciò che deporrebbe per una gravità del morbo maggiore di quella prevista da illustri clinici e igienisti, che si occuparono dell'argomento, fra cui il Sanarelli.

N. B. — Le presenti note furono oggetto di comunicazione ad una riunione di medici della Provincia di Udine, presieduta dal prof. Berghinz dell'Università di Padova, in cui la questione dell'encefalite letargica fu ampiamente trattata sotto gli aspetti: eziologico, sintomatologico, e terapeutico.

La comparsa della encefalite letargica epidemica non suppurativa nel Trentino.

Dott. PERGHER LEOPOLDO.

L'attenzione dei medici di Trento è tutta rivolta ora allo studio di alcuni casi di questa forma morbosa, comparsa qualche settimana fa fra noi. Sebbene non si caratterizzi per la sua grande diffusione, nè per proprietà infettive; pure essa desta un po' d'impressione per l'alta mortalità, poichè dai calcoli sommari fino ad ora fatti pare si siano avuti nel nostro distretto circa 18 casi con 6 decessi.

Fu segnalata per la prima volta dal collega dott. Vittorio Stenico, i casi si susseguirono abbastanza vicini gli uni agli altri, senza che riuscisse mai la dimostrazione di un nesso fra loro, per cui sembra che non sia malattia direttamente comunicabile da malato ad individuo sano. Mai si ebbero due casi nella stessa famiglia o nella stessa casa.

Io posso riferire brevemente un caso, che ebbi occasione di visitare assieme al collega dottor Bacca.

E. M. d'anni 12 è malata da due giorni. Escluse le malattie dell'infanzia, negativa l'anamnesi famigliare e personale. Ammalò improvvisamente, dopo alcuni giorni che accusava un senso di spezzatura, con dolori reumatoidi diffusi, inappetenza e leggero rialzo termico fino a 38°.5. Lingua un po' impaniata, velo pendulo e faringe normali, deglutizione intatta, anoressia, alvo stitico; dopo la prima somministrazione di un purgativo, vomito. Apparato respiratorio e circolatorio senza dimostrabili alterazioni, esame delle urine negativo.

Il giorno successivo cefalea e spiccatissima diplopia, leggera rigidità della nucca, per cui il curante, giustamente allarmato, dopo formulata la diagnosi di encefalite letargica, volle il parere di altro collega. Io trovai la paziente in queste condizioni:

Bambina alta, mediocremente robusta; giace in decubito dorsale, del tutto apatica ed indifferente ai soliti stimoli esterni; come trasognata fa dei lunghi ragionamenti con sè stessa a voce sommessa e rapida; richiamata alla coscienza con uno stimolo esterno un po' forte risponde esattamente e con perfetta lucidità di mente a tutte le domande che le vengono dirette; lasciata a sè stessa, dopo pochissimo tempo ricade nel suo stato di subdelirio tranquillo. Temperat. ascellare 38°, respirazione 22, polso 124 Lingua impaniata, alito fetido, fauci normali, esame degli organi toraco-addominali completamente negativo. Da parte del sistema nervoso: ptosi delle due palpebre superiori, più pronunciata a destra che a sinistra, paralisi dei due retti esterni, spiccata diplopia. Per la diminuita mobilità delle palpebre e per la immobilità del bulbo oculare, alla metà delle due cornee un intorbidamento opacolineare largo circa 3 mm. che a guisa di un cingolo attraversa orizzontalmente tutta la cornea dividendola in due metà eguali. Pupille piccole, rigide, facciale integro, la lingua vien sporta diritta fra i denti. Leggera rigidità della nucca. La muscolatura mimica della faccia è in preda a vivo giuoco spasmodico, che in forma di contrazioni cloniche attacca ora questo ora quel gruppo di muscoli, o muscoli isolati. Le contrazioni sono marcate, rapide, durano appena 1 secondo si susseguono ininterrottamente senza ordine. La muscolatura delle estremità un po' più tonica del solito, i movimenti attivi liberissimi. I riflessi addominali, patellari, il clono del piede e il sintomo del Babinski mancano completamente in tutte e due le estremità inferiori. La mia opinione collima con quella del collega, tentiamo l'electrargolo per via ipodermica, ma poche ore dopo lo stato si aggrava ancor più, al 4° giorno subentra la morte in stato comatoso.

L'autopsia ordinata dal medico fisico dott. Zeni per motivi di polizia sanitaria, ci fece riscontrare:

Meningi cerebrali normali, sostanza cerebrale, infiltrata di siero, sparsa di punti emorragici disseminati, iperemia dei vasi della corteccia e della sostanza bianca cerebrale, vicina alla superficie, i grandi nuclei cerebrali normali, alla base del cervello, attorno ai vasi ed ai tronchi nervosi nessuna alterazione patologica. Inoltre eravi: una incipiente broncopneumonite ipostatica, piccole emorragie puntiformi sull'epicardio del ventricolo sinistro e sull'intima della polmonare, leggere alterazioni endocardiche ulcerative alla valvola bicuspidale, milza piccolissima, fegato normale, reni iperemici, placche di Payer un po' turgide.

Dalla poca letteratura tedesca disponibile ho potuto estrarre queste notizie:

Nella primavera del 1917 il professore Economo dell'Università di Vienna ha richiamata l'attenzione sull'insorgere di una malattia che aveva per sintomo principale il sonno aggravantesi fino al sopore ed al coma più completo. Egli chiamò la malattia *encephalitis lethargica* considerandola quale alterazione infiammatoria del cervello.

La descrizione di questa malattia coincide con quella della nona che nel 1890 dominò nell'Italia settentrionale; analoghe epidemie si ebbero a Tubingen nel 1782 (o 1712?), nel 1880 comparve nella Svizzera sotto il nome di *Maladie de Gerlier* o *Maladie de Gazet*, nella primavera 1919 l'epidemia visitava parecchie città della Germania.

La malattia che attacca per lo più i giovani è caratterizzata da uno stato soporoso. Gli ammalati sono apatici, delirano qualche volta ed il delirio ha la forma tranquilla del subdelirio alcoolico. Alla chiamata gli ammalati si orientano rapidamente, non possono però concentrarsi stabilmente e mentre rispondono alle domande s'addormentano.

Poi subentrano paresi leggere per lo più della muscolatura innervata dall'oculomotore, spesso evvi nistagmo, paresi o paralisi e alterazioni dei riflessi delle estremità; frequentissima è la paresi della palpebra superiore. Il quadro clinico si aggrava con contrazioni spastiche a tipo coreico o atetosico. La temperatura è febbrile, il tono muscolare è aumentato. La malattia incomincia bruscamente spesso con fenomeni reumatici, i riflessi per lo più sono normali. La punzione lombare dà esito a liquido chiaro, la pressione lombare sembra aumentata.

La malattia è poco contagiosa, mai si ebbero infezioni in corsia.

All'autopsia si rinvennero: focolai broncopneumonici ipostatici terminali, suggillazioni della pelle, emorragie puntiformi delle pleure e dell'epicardio, emorragie del bacinetto renale e della mucosa intestinale.

L'etiologia non è chiara. Nel 1917 Wiesner esaminando batteriologicamente i casi del professore Economo ha isolato un diplostreptococco gram-positivo. Questo agente fu rinvenuto nelle scimmie che avevano subita una iniezione subdurale di emulsione di cervello d'ammalati di encefalite letargica. Gli animali morivano pochi giorni dopo l'iniezione, coi sintomi di una progressiva debolezza e sonnolenza e nel loro cervello si rinvennero le stesse alterazioni constatate nei decessi di encefalite letargica. Wiesner chiamò il suo agente morboso *streptococcus pleomorphus*, esso venne ritrovato anche in qualche epidemia di diatesi emorragica e di miosite acuta che decorse contemporaneamente alla encefalite letargica, perciò Oberndorfer crede che non sia l'unico eccitatore della malattia; ma mette avanti l'ipotesi che: come il bacillo dell'influenza è il germe più frequente che accompagna la malattia ma non ne è certo l'unico generatore; così lo *streptococcus pleomorphus* dovrebbe essere il germe che accompagna più frequentemente la encefalite letargica. La malattia ha grande somiglianza colla poliomielite acuta anteriore, sebbene il germe sia diverso, ma pare che il generatore non sia virus ultravisibile perchè coi filtrati di emulsione di cervello di decessi per encefalite Wiesner non potè provocare alcuna infezione.

In una parola, sembra che sia una malattia nuova, che sta in qualche relazione col grippe, sebbene questa relazione sia dubbia. Tutti i casi osservati avvennero nella stagione preprimaverile, l'epidemia durò sempre poco e la sua contagiosità fu minima.

Il dott. Naef è più chiaramente partigiano della relazione fra encefalite e grippe. Tutti i casi da lui osservati avvennero nel periodo della defervescenza del grippe e la sua sintomatologia è data unicamente dalla sua localizzazione sia essa infettiva o tossica. I casi descritti da Siemerling si distinsero invece per delirî, eccitazione motoria grave, con carattere coreico, vertigini e fenomeni paralitici dei nervi cranici. Siemerling è propenso di definire questi casi come vere encefaliti da influenza (Strümpell, Oppenheim, Leichtenstern).

Le alterazioni anatomo-patologiche riscontrate dal prof. Economo sarebbero solo microscopiche. Macroscopicamente si riscontrò solo modico edema, modica iperemia delle meningi, emorragie puntiformi sulla superficie di sezione del cervello. Si tratterebbe di una *Polioencephalitis acuta superior* (Wernicke 1882). Le alterazioni microscopiche poi sarebbero: infiltrazione parvicellulare delle leptomeningi specialmente attorno ai vasi, infiltrazioni parvicellulari perivascolari dis-

seminate delle piccole vene ricolme di sangue, in modo speciale di quelle della sostanza grigia del cervello, piccole emorragie perivascolari parte limitate allo spazio linfatico perivascolare, parte penetranti nel tessuto circostante; inoltre si constatarono focolai di infiltrati con proliferazioni di nevroglia nella sostanza grigia in parte combinati a necrosi del tessuto. Luoghi di predilezione di queste lesioni patologiche sarebbero l'acquedotto ed il pavimento del IV ventricolo. Che la causa della sonnolenza debba ricercarsi nelle emorragie dei talami ottici è ammesso da qualche autore, da altri negato. Non c'è dubbio alcuno che tutte queste lesioni patologiche sono la conseguenza di una alterazione primaria del parenchima e dei vasi, come si osserva negli avvelenamenti per gas asfissianti, nel tifo petecchiale, nella dissenteria e nella malaria.

Ogni soccorso terapeutico sembra essere inutile (Naef), assieme ai casi tipici caratteristici si ebbero dei casi atipici ben più difficilmente diagnostizzabili.

Trento, gennaio 1920.

LETTERATURA.

C. v. ECONOMO: *Encephalitis lethargica.* W. Klinish. W., 1916.
C. v. ECONOMO: *Neue Beiträge zur Encephalits lethargica* Neurol. Zbl. 1917. N. 21, pag. 866.
C. v. ECONOMO: *Grippeencephalitis und Encephalitis lethargica.* W. Klin. W., 1919, p. 393.
C. v. ECONOMO: *Encephalitis lethargica epidemica non suppurativa.* W. Klin. W., 1919, novembre.
RICHARD R. v. WIESNER: *Die Aetiologie der Encephalitis lethargica.* W. Klin. Woch., 1917, n. 30.
RÜNGE: *Encephalitis lethargica.* W. Klin., W., 1919, n. 14.
RICHARD R. v. WIESNER: *Ueber Polymyositis acuta.* Mitt. Grenzgeb., 31, 1918.
OBERNDORFER: *Ueber Encephalitis lethargica und ihre Pathologie.* Münchner Med. W., n. 36, pagina 1017.
SIEMERLING: B. Kl. W., 1919, n. 22.
Dott. NAEF: *Klinisches über die endemische Encephalitis.* Münchn. Med. W., n. 36, pag. 1019.
REINHARD: D. m. W., 1919, n. 19.
JRH. v. SOHLERN: M. Kl., 1919, n. 22.
O. SPEIDEL: *Encephalitis, Schafsucht und Starre bei Grippe.* Münch. Med. Woch., n. 34, pagina 958.

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici per un « Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie » ha raggiunto col trentanovesimo elenco delle offerte a tutto il 31 dicembre 1919 il totale di lire 184.315,65.

OSPEDALE MAGGIORE DI NOVARA.
1ª Sezione Medica diretta dal dott. VITTORIO FORNARA.

L'encefalite letargica

per il dott. LUIGI FORNARA
e PIETRO FORNARA studente del 6º anno di medicina.

Benchè la letteratura medica, specialmente estera, sia copiosa ed estesa su questo argomento, la comparsa di casi di e. l. in Italia e l'allarme suscitato da tale notizia sparsa dai giornali politici, ci inducono a pubblicare queste note, partendo da qualche caso osservato a Novara.

L'encefalite letargica non è una malattia nuova, essa corrisponde esattamente alla Polyoencephalitis acuta haemorragica superior che già Wernicke ha da molti anni descritto negli alcoolisti e che poi si notò anche in conseguenza a malattie infettive acute: anzi è stato notato che apparenze epidemiche di sindromi simili sono frequenti in connessione ad epidemie di influenza. Così nella primavera del 1890 quando la pandemia di influenza andava spegnendosi si ebbero specialmente nell'Italia sttentrionale e nell'Ungheria vari casi di una affezione letargica che si chiamò col nome di « nona », caratterizzata dalla sonnolenza a cui spesso erano unite paralisi dei nervi craniani e specialmente dell'oculo motore. Ce ne lasciarono ricordo Mauthner (1) che li considerò casi di polioencefalite superiore di Wernicke, Trautjen (2) e Hammrslongh (3); poco dopo Longuet (4) pubblicava una rivista su la letteratura dell'argomento: egli ricordava che già Camerarius descrisse dopo l'epidemia di influenza di Tubinga nel 1718 una sindrome letargica (Schlafkrankheit), che nel 1768 Lepècq de la Cloture descrisse casi di coma somnolentum e che Ozanann, che nel 1835 scrisse una storia delle malattie epidemiche, ricorda epidemie di febbre catarrale con sonnolenza presentatesi in Germania nel 1745, a Lione nel 1800, a Milano nel 1802. Più tardi Bozzolo descrisse due casi di una forma simile alla malattia del sonno dei Negri, che considerò dovuta a polioencefalite da influenza.

La presente epidemia comparve dapprima in Austria nel 1917: C. von Economo (5) al congresso di Psichiatria e Neuropatologia tenuto in Vienna il 17 aprile 1917, descrisse numerosi casi apparsi in Vienna in proporzione apparentemente epidemica caratterizzati da letargia: dopo pochi giorni di disturbi prodromici (cefalea, nausea, vomiti) si stabiliva una profonda sonnolen-

za a cui si associavano sintomi di lesione dei nervi cranici (oftalmoplegia, paralisi facciale) e talora altri sintomi nervosi come atassia e tremore: il liquido cerebrospinale era limpido, sotto pressione normale e non presentava nè all'esame citologico nè all'esame batteriologico nulla di abnorme. L'affezione conduceva nel 50 % dei casi circa alla morte dopo pochi dì o qualche settimana: egli propose il nome di Encephalitis lethargica. Altri casi simili descrissero altri Aa. austriaci fra i quali Schlesinger e Redlich (6) con sintomatologia varia ma con costanza della sonnolenza.

Da l'Australia nel principio del 1918 Breinl (7) annunciò di aver osservato « una misteriosa malattia » in 9 casi nel Quensland e nel New South Wales: prevalentemente erano colpiti i bambini; l'affezione cominciava con convulsioni, febbre alt e cefalea intensa e dopo 2-3 giorni gli ammalati passavano in sonnolenza e la maggioranza di essi moriva nell'8ª-12ª giornata con iperpiressia e sintomi di paralisi bulbare. La sintomatologia era varia: Babinski e Kernig non erano costanti, i riflessi rotulei erano ora aumentati ora diminuiti; alle volte v'era nistagmo e tremore agli arti; il liquido cerebrospinale era normale, presentando tutto al più un leggero aumento nel numero delle cellule. Anatomopatologicamente si trovavano nella sostanza grigia del midollo e del cervello focolai di infiltrazione diffusa di leucociti e piccole cellule rotonde con rammollimento centrale; le cellule dei nuclei della base presentavano le alterazioni caratteristiche della neurofagia. L'A. riuscì a trasmettere la malattia a scimmie, inoculando in esse liquido cerebrospinale di ammalati.

Contemporaneamente in Inghilterra venivano descritti casi di una strana malattia caratterizzata da sonnolenza e paralisi oculari: ne vide per il primo Hall (8) che li riferì a infezione da Bacillus botulinus; altri casi simili furono descritti come tossiemia cerebrale, forse da botulismo, da Brownlie (9). Ma ben presto si notò che i casi accennati differivano alquanto dal classico decorso del Botulismo come venne descritto da von Ermengem (paralisi bulbare, senso di secchezza e di costrizione alla faringe, difficoltà di deglutire, mancanza di febbre e di disturbi della sensibilità; tardo comparire della sonnolenza) e si considerarono come polioencefalite acuta (Melland (10)). Anche Hall (11) accettò tale differenziazione e anzi, venuto a conoscenza degli studi austriaci e francesi su l'e. l., identificò con questa ultima i casi inglesi, il che fu poi confermato dal « Comitato inglese delle ricerche su soggetti medici e di salute pubblica » (12) e nella riunione della « Società Medica di Londra » del 6 dicembre 1918 da L. Buzzard (13).

Intanto anche in Francia si erano osservati casi simili, ma furono fin da l'inizio riferiti a l'encefalite letargica già descritta in Austria: Netter (14) (15) ne vide nel mese di marzo 1918, in 2 settimane, 7 casi di cui espose i sintomi alla « Société médicale des Hôpitaux »; poi altri casi simili descrissero Sainton (16) e Chauffard (17). Da allora in poi la letteratura francese, inglese e americana è così abbondante che per non ingombrare il nostro lavoro di note bibliografiche, rimandiamo alle citazioni in fine.

In Italia tranne l'articolo di Dragotti (18) sul *Policlinico* e quelli di Molinari (19) su la *Riforma Medica* non conosciamo memorie originali su l'argomento.

SINTOMATOLOGIA.

Pur offrendo la sindrome molte varietà, 3 sintomi clinici la caratterizzano: stato infettivo febbrile, sonnolenza, paralisi o paresi dei nervi del mesencefalo. Nel 20-30 % dei casi circa vi è un periodo prodromico di durata variabile da uno a 5 giorni in cui vengono lamentati ora cefalea, vertigini, tinnitus aurium, nausea, vomiti, ora apatia, stanchezza e senso di malessere generale, ora insonnia ed agitazione, ora congiuntivite catarrale o tonsillite. Ma nella maggioranza dei casi i primi sintomi sono la cefalea, la febbre e la sonnolenza lentamente progrediente con diminuzione e annebbiamento della visione; in altri casi ancora l'inizio è brusco, in pieno benessere, con diplopia, ptosi ed eccitazione alla quale solo più tardi si sostituisce la sonnolenza e talora si intercala.

Letargia. — Il sintoma più costante e più appariscente è un vero sonno dovuto a lesione del centro del sonno che Gayet, Mauthner e Benjamin localizzano nella sostanza grigia sottoposta all'acquedotto di Silvio, e (Bassoe) alla lesione dell'apparato tono-regolatore che regola con la espressione del viso il tono di tutti i muscoli del corpo.

Nei casi tipici il P. giace, preferibilmente in posizione supina, in uno stato di quasi completa immobilità « come un pezzo di legno » (Hall). Egli è completamente indifferente a quanto si svolge attorno a lui, ai discorsi dei medici come al dolore dei parenti: solo, e ciò è caratteristico, chiamandolo ad alta voce si può svegliarlo e allora egli apre gli occhi, risponde con aria assonnata, ma con voce intelligente e con esattezza e proprietà alle domande (quando non ci siano complicazioni bulbari) ed eseguisce benchè

in modo lento i movimenti comandati; abbandonato a sè ricade nel sonno.

In alcuni casi la sonnolenza è ridotta a un semplice assopimento interrotto spesso da crisi di eccitazione.

Febbre. — Secondo la massima parte degli Aa. è quasi costante: è per lo più elevata (fino a 40° e più) nei casi a decorso acuto: è più bassa e ridotta al periodo iniziale nei casi a decorso sub acuto: è ridotta a pochi decimi o passa inosservata nelle forme di tipo ambulatorio. In alcuni casi la temperatura è subnormale. Iperpiressia si ha spesso nello stadio finale quando è coinvolto il bulbo.

Secondo Bassoe non c'è un rapporto costante fra la temperatura e lo stato infettivo, la febbre è causata da alterazioni dei centri termoregolatori. Gli Aa. francesi notano ed insistono sul parallelismo costante fra polso e temperatura, e a tale sintoma dànno valore differenziale rispetto alle meningiti.

Sintomi oculari. — Con i 2 sintomi precedenti costituiscono la triade sintomatica della forma tipica, e anzi son spesso essi, specialmente nelle forme ambulatorie, che fanno ricorrere il P. al medico: son generalmente accusati un senso di peso alle palpebre, confusione ed obnubilamento del visus, estrema stancabilità nel leggere, e diplopia; questi disturbi soggettivi possono però variare da un giorno all'altro. Obbiettivamente l'oftalmoplegia esterna è uno dei sintomi più costanti (75 % dei casi) e si manifesta con ptosi generalmente bilaterale e uguale ai 2 lati, ma talora unilaterale o maggiore da un lato che dall'altro, strabismo e scosse nistagmiformi irregolari ed incoordinate. Manca generalmente, secondo Chauffard, la sincinesi dei muscoli frontali, compensatrice della ptosi.

Caratteristica di tali paralisi è sempre, secondo Sainton, di essere « incompleta, parziale, dissociata e variabile » così che spesso il P. invitato ad aprir bene gli occhi riesce con un certo sforzo ad alzare quasi completamente le palpebre.

L'oftalmoplegia intrinseca è più rara: si possono tuttavia avere midriasi o miosi, anisocoria, perdita del potere di convergenza, abolizione del riflesso di accomodazione e pigrizia del riflesso alla luce, ma di solito questi fatti sono tardivi.

Il riflesso congiuntivale è generalmente presente ma in certi casi si osservò ipoestesia della congiuntiva e della cornea.

Il fondo oculare è stato trovato da la massima parte degli Aa. normale, ma alcuni vi riconobbero congestione, e Tucker trovò papilla da stasi.

Lesione degli altri nervi cranici. — Oltre ai nervi oculari altri n. cranici possono essere coinvolti, generalmente in modo bilaterale. Quelli più frequentemente lesi sono il IV e il VII paio, poi il XII, la branca motoria del V, l'XI, ecc. La faccia ha un caratteristico aspetto a maschera con immobilità dei lineamenti, gli occhi semichiusi e con ammiccamento raro: quando il facciale è leso bilateralmente scompaiono del tutto le rughe e, se, come accade spesso, da un lato la lesione è più intensa, la bocca appare deviata da un lato e la lingua viene sporta pure deviata, ecc. Quando oltre al facciale sono lesi l'ipoglosso, il glosso faringeo e l'accessorio, l'aspetto ricorda quello della pseudoparalisi bulbare.

Rigidità. — Un certo grado di rigidità generale senza giungere alla rigidità della nuca meningitica, è frequente: quando è un po' intensa si associa generalmente a tremori nell'eseguire i movimenti passivi; ne risulta allora che detti movimenti passivi eseguiti sia per saggiare la motilità dell'arto come per cercare il clono del piede, sono qualche volta *saccadés,* simulando in modo tuttavia facilmente riconoscibile il clono del piede o la troclea dentata di Negro.

La facies e l'andatura sono per la rigidità suddetta simili alquanto alla maschera e all'andatura parkinsoniana; quando invece la rigidità è maggiore si giunge a la catatonia e a la flexibilitas cerea che fan pensare alla demenza precoce.

Infine si posson avere delle vere contratture; così Netter e Chauffard descrivono casi con equinismo dei 2 piedi e con esagerazione della volta plantare.

Tremori. — Sono frequenti e possono essere continui e durare ininterrotti per tutto il periodo acuto della malattia oppure essere a crisi ed intervenire solo in seguito ad eccitamenti. Sono per solito generalizzati ai quattro arti, ma possono essere localizzati fin a un solo arto, o diffusi al tronco e al capo. Sono irregolari e grossolani e aritmici. Da essi gradatamente si passa a speciali mioclonie che possono pure essere continue, diffuse a tutto il corpo o localizzate, e che ricordano in alcuni casi i movimenti incoordinati della Chorea di Sydenham. In altri casi infine si hanno scosse violente e rapide con sussulti di tutto il corpo che ricordano ora la corea elettrica del Dubini ora i tic — la parola allora per queste scosse può farsi esplosiva e fin inintelligibile. — Questo stato si associa spesso a eccitamento psichico con delirio.

Paralisi degli arti. — Sono rare: si possono però avere di tipo ora monoplegico ora emiplegico ora ridotte a singoli gruppi muscolari e son spesso accompagnate da Babinski e da clono del piede. Si può avere incoordinazione dei movimenti e atetosi, anzi son descritte anche sindromi prevalentemente talamiche. Caratteristica di que-

ste paralisi è generalmente che regrediscono rapidamente pur non tornando spesso fino alle condizioni primitive.

La parola. — Spesso monotona, in alcuni casi esplosiva come nel parkinsoniano, in altri con particolare timbro nasale; è frequente osservare, nel delirio, un movimento bisbigliante delle labbra senza che vengano pronunciate parole intelligibili. In rari casi fu descritta afasia o parafasia.

Sintomi meningei. — Mentre i segni di risentimento meningeo sono eccezionali e solo in rari casi furono notati una lieve rigidità nucale e un abbozzo di Kernig, è invece frequente la stria rossa meningitica. Il liquido cefalo-rachideo è abitualmente limpido e sotto pressione normale: tutt'al più può presentare un lieve aumento della globulina e del numero delle cellule: solo in un caso Burger e Focquet, il liquido c. r. era emorragico ma batteriologicamente sterile. L'infezione encefalitica non è per sè capace di causare una alterazione tale da deviare il complemento nella reazione di Wassermann e nei rari casi di e. l. con Wassermann del liquido c. r. positivo (Ramond, Lortat, Jacob e Hallez) si deve ammettere una preesistente infezione luetica.

Disturbi della sensibilità. — È già stata accennata anche come sintoma iniziale la frequenza della cefalea, che di solito dura quanto la malattia (talora è a tipo nevralgico o emicranico) e della quale spesso l'ammalato si lamenta più che di ogni altro disturbo: molto più rari sono i dolori nevralgici o pulsanti a un arto e la nevralgia del trigemino, mentre è frequente che sia provocabile dolore alla pressione dei punti di emergenza delle branche del trigemino. La sensibilità obbiettiva è raramente interessata: solo Ramond accenna a casi con iperestesia o analgesie.

Stato psichico. — Generalmente anche nel periodo di sopore l'intelligenza è meravigliosamente lucida, le risposte e l'esecuzione degli ordini essendo sorprendentemente corretti quando l'ammalato è svegliato: però furono descritti casi con depressione psichica o eccitazione maniaca che può in alcuni casi predominare causando la forma mentale di e. l. di Claude e Chauffard: in alcuni casi si alternano crisi narcolettiche con periodi di agitazione maniaca o di delirio onirico: il delirio è spesso intenso nello stadio finale.

Funzione vescico-rettale. — Non è rara la ritenzione di urina e la stipsi ostinata: negli stadî avanzati può seguire incontinenza delle feci e nell'urina.

Polso. — Abbiamo già notato l'importanza del parallelismo del polso con la temperatura. In alcuni casi fu osservata un'esagerazione del riflesso oculocardiaco (da 140 a 64 in un caso di Chauffard).

Respiro. — Quando non vi sono complicazioni dell'apparato respiratorio o lesioni bulbari, la frequenza del ritmo respiratorio è in rapporto con la febbre; quando, per lo più allo stadio finale, è leso il bulbo, compaiono talora periodi di apnea con cianosi e fin respiro di Cheyne-Stokes.

Cute. — È sintoma frequentissimo, quasi costante, una abbondante sudorazione, e pure frequenti sono, in certi casi, arrossamento della cute del viso e passeggeri disturbi vasomotori (chiazze rosse al viso o alle parti scoperte, transitorie). Con l'eccitamento meccanico della cute in alcuni casi si produce la linea rossa meningitica, in altri la linea bianca di Sergent: in qualche caso fu descritto un vero rash (Carroll e Nesbitt). Frequenti sono secondo alcuni Aa. larghe escare alle natiche e ai malleoli, a rapido sviluppo, simile a quello del *decubitus acutus*.

Sangue. — Frequente, ma non costante, è una lieve polinucleosi neutrofila: Audibert trovò nei suoi casi scomparsa degli eosinofili. Tucker nota che spesso l'urea nel sangue è aumentata.

Urine. — Non c'è abitualmente albumina nell'urina ciò che vale per differenziare da l'uremia: Tucker vide in un caso cilindruria senza albuminuria.

La morte avviene generalmente in coma o con sintomi di lesione bulbare: alle volte con agitazioni, delirio, sintomi di tossiemia: in rari casi con sintomi di emorragia o di ascesso cerebrale.

QUADRI CLINICI.

Già dalla descrizione dei sintomi è evidente la variabilità della sindrome, ma accanto alla forma tipica con la nota triade, altri casi furono descritti in cui prevalgono sintomi accessori o sintomi di lesioni cerebrali localizzate.

Così furono descritte:

forme con prevalenti sintomi mentali, con torpore e depressione psichica o con eccitazione maniaca e delirio, con amnesia, disorientamento nel tempo e nello spazio, ecc. (Claude e Chauffard): abitualmente però tardivamente tali sintomi si calmano e si stabiliscono la sonnolenza e le paralisi oculari;

forme coreiche, con movimenti disordinati o incoordinati degli arti o di tutto il corpo così da simulare la *chorea minor;*

forme miocloniche con scosse brusche, localizzate che simulano la corea elettrica del Dubini;

forme con sintomi di tumore o di ascesso cerebrale (Chruchet);

forme con sintomi di emiplegia o di emiparesi o con accessi di epilessia jaksoniana e Ba-

binski (Kloury); caratteristico è sempre il rapido regredire delle paralisi (Cruchet);

forme con sintomi di **localizzazione** *ponto cerebellari* — paralisi coniugata degli occhi, titubazione, atassia, dismetria (Cruchet);

forme con sintomi **bulbari** fin da l'inizio (mentre generalmente i sintomi bulbari sono solo nello stadio finale), con disturbi di fonazione, di deglutizione, di ritmo respiratorio e con ipertermia (Sainton);

forme con sintomi meningei (rachialgia, rigidità, Kernig, fenomeni vasomotori) però sempre associati ai sintomi cerebrali (Cruchet);

forme con manifestazioni convulsive, forme a sindrome talamica, ecc. ecc.

Quanto alla durata del decorso e agli esiti, la malattia può assumere:

1) decorso acuto grave dall'inizio, in cui la febbre è molto elevata (fin 41°) con segni di infezione generale cospicua, con esito in coma e morte nello spazio di pochi giorni;

2) decorso subacuto, con febbre moderata e solo nei primi giorni; la sindrome si evolve in 4-6 settimane per lo più verso la guarigione, ma può lasciare dei reliquati (sonnolenza, ebetudine, paralisi oculari) che possono durare anche molto a lungo;

3) decorso cronico, senza febbre, in cui rientra la forma ambulatoria di Ramond. L'ammalato è preso insensibilmente da assopimento progressivo: non tiene il letto e tenta di fare la sua vita abituale ma si addormenta ad ogni istante mentre attende a qualche occupazione, e si lagna di stanchezza, annebbiamento visivo e diplopia.

Nei casi che abbiamo avuto occasione di osservare in questi giorni a Novara sono rappresentate diverse sindromi.

Alcuni casi erano della forma letargica tipica.

Una donna, Giuseppina A... di anni 37, entrò all'Ospedale nella Sez. diretta dal dott. cav. Marchesi, il 10° giorno di malattia, in stato di letargo intenso, con le palpebre abbassate, affatto indifferente a quanto si svolgeva attorno a lei: interrogata apriva gli occhi e rispondeva lentamente ma con precisione alle domande: riferì che essa era sempre stata robusta e sana, che non aveva fatta l'influenza l'anno scorso e che da dieci giorni circa era ammalata: prima aveva avuto diplopia ed annebiamento di vista poi si era aggiunta sonnolenza sempre crescente e febbre.

Al momento di entrata la temperatura era a 39,5°: l'ammalata non presentava nistagmo, ma solo ptosi palpebrale bilaterale e leggero strabismo. Non presentava nè speciali rigidità, nè mioclonie; i riflessi tendinei erano diminuiti. Morì nella notte in coma senza sintomi bulbari. Non si potè fare l'autopsia.

Più frequenti poi furono fra noi i casi con sintomi mioclonici in cui specialmente all'inizio predominano una eccitabilità muscolare e psichica abnorme, con scosse miocloniche e talora veri movimenti coreici.

Ad esempio il signor B..., abile e intelligente commerciante di anni 36 che non fece mai malattie di importanza e non sofferze influenza, fu preso da un insolito stato di nervosismo, inquietudine ed agitazioni, da insonnia e da disturbi oculari (stanchezza alla lettura, annebbiamento visivo e diplopia): in seguito comparve febbre a 38° e sonnolenza.

Dopo qualche giorno egli si presentava in stato soporoso, con palpebre abbassate; non nistagmo, non strabismo, ma persistente diplopia con speciale stancabilità visiva. L'am. risponde bene alle domande, rilasciato a sè ricade ben presto nel suo sopore. Riflessi normali, non ipertonia apprezzabile dei muscoli, basta però toccare l'am. per provocare scosse e tremori e rapidi sussulti ora localizzati a singoli gruppi specialmente della coscia e della gamba ora diffusi ai quattro arti ed al tronco. L'am. fu dapprima curato con urotropina per bocca che però provocò tale tenesmo vescicale che dovette essere sospesa al secondo giorno: da allora le funzioni vescicali tornarono normali. Fu in 5ª giornata praticata un'iniezione intramuscolare di 10 cc. di latte: quattro ore dopo l'iniezione l'am. fu preso da brividi e la febbre salì a 39,5°: svanita l'elevazione febbrile l'am. riferì l'impressione di uno snebbiamento della mente e degli occhi, persistettero però l'apatia e la stanchezza cerebrale e visiva.

Un caso osservammo psicopatico di diagnosi più difficile e più dubbia:

un uomo di circa 40 anni fu portato all'ospedale, in stato di violenta agitazione delirante, irrequieto, completamente disorientato, tanto che per tenerlo a letto gli si dovettero applicare mezzi contentivi. Al momento dell'ingresso era apirettico e non presentava sintomi oculari: il 3° giorno di degenza, il P., che era sempre nelle medesime condizioni di agitazione, fu preso da brivido e da febbre a 39,7°; da allora la febbre continuò e all'agitazione iniziale seguì uno stadio di sonnolenza, con ptosi senza strabismo, e con disturbi della deglutizione e della fonazione. Queste condizioni andarono aggravandosi fino alla morte che lo colpì in coma.

Durante lo stato di sonnolenza era evidente un'ipertonia muscolare con scosse miocloniche specialmente accentuate nei movimenti sia at-

tivi che passivi: ne risultava un tremore grossolano e aritmico ai quattro arti e al capo. I riflessi tendinei erano diminuiti; non Babinski; la ricerca del clono del piede dava una apparenza di clono che era però aritmico e a scosse sincrone ed evidentemente dovute alle mioclonie che si accentuavano in quell'atto. Mancavano i riflessi addominali, cremasterici, plantari. L'autopsia praticata dal prof. Scaglioni rivelò mascroscopicamente solo una iperemia diffusa cerebrale e specie al mesencefalo. Assenza di focolai.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Quando si assiste per la prima volta all'autopsia di un soggetto morto di encefalite letargica si prova una vera delusione: in ragione dell'intensità dei sintomi clinici si aspetterebbero nel sistema cerebro-spinale delle grossolane alterazioni: invece all'esame del cervello non si trova che un po' di edema, congestione leggera diffusa su la corteccia, talora qualche suffusione sanguigna superficiale: le lesioni tipiche, dell'e. l. sono generalmente istologiche e microscopiche, localizzate per lo più al mesencefalo, al bulbo, alla regione dei peduncoli, al locus niger (P. Marie e Tretiatoff) ma sempre esclusivamente alla sostanza grigia, mentre la sostanza bianca è assolutamente rispettata. Le alterazioni microscopiche più costanti sono l'essudazione perivascolare e l'infiltrazione diffusa della sostanza grigia.

Buzzard vi trovò:

1) infiltrazione perivascolare di piccole cellule rotonde, che circondano i vasi come di « manchons inflammatoires ».

2) piccole emorragie capillari che fan pensare a diapedesi attraverso le pareti vascolari alterate più che a rexi;

3) trombosi dei piccoli e medi vasi in diverso stadio di organizzazione;

4) infarti parenchimatosi ischemici che possono giungere a simulare l'ascesso come nel caso di P. Weber;

5) emorragie subaracnoidee e infiltrazione cellulare delle leptomeningi;

6) proliferazione generale della nevroglia;

7) alterazioni delle cellule nervose che presentano in alcuni punti cromatolisi e in altri necrosi da coagulazione.

Le alterazioni anatomiche hanno il maximum di intensità al mesencefalo: spesso però sono intensamente interessati il talamo ottico, il nucleo caudato, il nucleo lenticolare (e di questo specialmente il globo pallido) e la corteccia cerebrale o cerebellare che presentano talora un piqueté hémorrhagique (Netter). Così Chauffard attribuisce alla corticite frontale la forma mentale e psicopatica dell'e. l.

EZIOLOGIA.

L'agente dell'infezione encefalitica non è ancora con sicurezza conosciuto e non sono ancora risolte le numerose ipotesi su la sua natura: due tra esse son particolarmente discusse:

1) è l'encefalite letargica di origine influenzale?

2) è l'encefalite letargica l'espressione cerebrale o meglio mesencefalica della paralisi infantile?

A favore della natura influenzale dell'e. l. Sainton invoca la coincidenza dell'influenza e dell'encefalite nel 1890 come nel 1918, la frequenza all'inizio dell'e. l. come dell'influenza di rinofaringite, l'inizio abitualmente graduale e lento e il lungo periodo successivo di astenia in entrambe le infezioni. Anche Bassoe e Neal insistono nel rapporto fra encefalite ed influenza; Pothier descrisse 4 casi in cui l'e. l. colpì pazienti convalescenti di influenza.

Qualora anche tale ipotesi fosse esatta rimarrebbe da discutere se è il virus influenzale che si localizza nella sostanza grigia del mesencefalo o se piuttosto si tratta di un'infezione secondaria.

Per l'identità di natura fra e. l. e malattia di Heine-Medin parla l'analogia delle lesioni nelle due malattie: così de Saint Martin e Lhermitte sostengono che il medesimo virus a seconda che si localizzi nel midollo o nell'encefalo può causare la poliomielite o la polioencefalite, identificando l'e. l. con le già descritte forme cerebrali e meningee della paralisi infantile.

Netter combatte ambedue queste ipotesi, e specialmente la seconda: fa notare che la differente età dei soggetti colpiti (l'e. l. è una malattia di tutte le età ma specialmente della età adulta), l'assenza di reazione meningea e di alterazioni del liquido c. s., la maggiore mortalità, differenziano l'encefalite dalla poliomielite: Greenfilld aggiunge che l'encefalite è un'infezione ematogena, la poliomielite linfogena. Per Netter l'e. l. sarebbe una malattia autonoma, a virus simile ma non identico a quello della paralisi infantile.

Quanto alla natura del virus, i pareri sono discordi:

Von Wiessner (42) iniettò sotto dura a una scimmia un'emulsione di cervello di un caso di von Economo: l'animale 24 ore dopo presentava sintomi di stupore e morì dopo 48 ore: il suo cervello presentava le alterazioni tipiche dell'e. l. e von Wiesoner ne isolò un diplostrepto-

cocco grampositivo che coltivò e iniettato in altre scimmie produsse sonnolenza e sintomi di debolezza mentale.

In tutti i suoi casi il liquido c. s. era sterile.

Stafford (43) invece dice di aver trovato negli strisci fatti col sedimento di liquido c. s. di un caso di e. l. numerosi diplococchi che insemenzati su agar ascite diedero colonie simili a quelle dello streptococco volgare, ma più delicate. Il diplococco era grampositivo, tendeva a disporsi in brevi catene di 4-6, non era capsulato, non era patogeno per i comuni animali da laboratorio, ma dava agglutinine nel coniglio.

Strauss, Hirschfeld e Loewe (44) avendo osservato che emulsioni di cervelli di encefalitici, inoculati in scimmia, riproducevano in queste le lesioni cliniche ed anatomiche caratteristiche della malattia, sperimentarono col filtrato del muco nasofaringeo di ammalati e riprodussero in scimmie lo stesso quadro clinico ed anatomico. Essi più tardi (45) riuscirono a coltivare il virus col metodo di Noguchi, e ottennero culture di colore rossastro o bluastro di cocchi ora singoli ora accoppiati ora a catene ora a grappoli. Le culture giovani e quelle crescenti in mezzo solido erano grampositive, le culture vecchie e quelle crescenti in mezzo liquido erano gramnegative: per la morfologia, le modalità dello sviluppo e l'apparenza delle colonie tali microrganismi sarebbero identici a quelli descritti da Flexner e Nogouchi come gli agenti patogeni della poliomielite: inoculati in coniglio o in scimmia essi causano i sintomi clinici e le alterazioni caratteristiche dell'e. l. Microrganismi simili cogli stessi metodi di cultura ottennero Bashorf (46), Bradford (47) e Wilson (48) secondo il quale ultimo, sia per l'e. l. che per la influenza, per la polmonite infettiva, e altre malattie ancora i germi sarebbero sempre gli stessi: sarebbero cocchi grampositivi, non acidoresistenti, che possono attraversare le candele Berkefeld N. e V. e Massen, e che tollerano un riscaldamento a 56° per 30 m'.

Maurice Page invece (49) considera l'e. l. come una sindrome tossi-infettiva che può riconoscere come causa in alcuni casi l'influenza, in altri la sifilide, in altri la tubercolosi.

Concludendo, qualunque sia l'eziologia dell'e. l. certo è che la sua contagiosità è debole: risulta dalle concordi osservazioni fatte in Austria, in Francia, in Inghilterra e in America che essa è poco trasmissibile e che le epidemie son sempre caratterizzate da la debole proporzione dei casi in rapporto alla popolazione: si ammette dai più che essa si propaga per l'intermediario di individui portatori di germi, presentanti o no rinofaringite catarrale.

PROGNOSI.

La mortalità dell'e. l. è alta, come risulta dai dati delle epidemie finora constatate: secondo il British Report su 168 casi si ebbero 37 morti (22 %), von Economo ebbe morti 6 casi su 11 (54 %), Netter 7 su 17 (41 %), Findlay 1 su 3; a Novara finora su 7 casi si ebbero 3 morti.

La mortalità è molto maggiore nelle forme acute che nelle croniche in cui all'opposto sono più facili i reliquati (sonnolenza e stupore, una certa confusione mentale, residui di paralisi oculare, atetosi e spasmi muscolari che possono durare anche parecchi mesi dopo la guarigione clinica). Così in uno dei casi di Findlay ancora dopo 5 mesi persistevano paralisi facciale destra, ptosi palpebrale destra, strabismo ed apatia mentale. In un caso di Lartat-Jacob e Hallez invece residuano dopo guarigione tremori del capo e della metà sinistra del corpo, e inuguaglianza delle pupille.

CURA.

A scopo profilattico Ramond, pur riconoscendo la debolissima contagiosità della malattia, consiglia di isolare gli ammalati e di praticare la disinfezione del rinofaringe di chi è a contatto con ammalati.

A scopo terapeutico tutti gli Aa. in mancanza di rimedi specifici consigliano di associare rimedi antinfettivi generali: elettrargolo, collargolo e urotropina che già diede buoni risultati nella poliomielite svolgendo aldeide formica che passa nel liquido c. s.

In due però dei casi da noi osservati l'urotropina causò o almeno concorse a provocare uno spasmo vescicale con tenesmo prima e ritenzione poi così intensa da costringere a sospenderne l'uso.

In uno dei nostri casi l'eteroproteinoterapia applicata sotto forma di iniezioni intraglutee di latte (10 cc.) diede ottimi risultati: dopo lo shock febbrile infatti la febbre cadde per crisi e la sonnolenza diminuì molto così che l'am. dichiarò di aver avuto l'impressione di svegliarsi da un sonno pesante. Ci pare che questa terapia sia perciò degna di considerazione.

Netter consiglia nella e. l. come si usa già per la poliomielite, iniezioni endorachidee di siero di convalescenti; però, data la scarsità dei malati, almeno da noi, tale terapia ci sembra inattuabile.

Nei casi con sintomi di aumento di pressione endocranica son di utilità le punture lombari decompressive ripetute.

Più tardi nel periodo della convalescenza fu-

rono consigliati i tonici generali, il ferro, l'arsenico, la stricnina e la vita all'aria aperta.

Ringraziamo vivamente i sigg. dottori Carnevale-Arella e Marchesi che ci permisero di seguire e pubblicare i loro casi, e specialmente nostro padre dott. Vittorio che questo lavoro ci consigliò, mostrandoci pure due casi propri.

Novara, 11 gennaio 1920.

BIBLIOGRAFIA.

(1) MAUTHNER. « Wien. klin. Woch. », 1890, pagina 962.

(2) TRAUTJEN. « Berl. klin. Woch. », 2 giug. 1890.

(3) HAMMERSBOUGH. « Wien. med. Presse », 1890, 11 maggio.

(4) LONGUET. *La nona.* « Semaine méd. », 1892, pag. 275.

(5) C. von ECONOMO. « Wien. klin. Woch. », 1917, 26 luglio.

(6) SCLESINGER e REDLICK. « Wien. klin. Woch. », 1917, 27 novembre.

(7) A. BREINL. *Clinical, pathological, and exp. Observation on the « Mysterious disease », a clinically aberrant form of Polyomijelitis.* « Medical Journ. of. Australia », 1918, pag. 209.

(8) A. I. HALL. *Epidemie of obscure origin. Possibly botulism:* « Brit. Medical Journal, 1918, 20 aprile.

(9) J. LAW BROWNLIE. *A case of cerebral toxaemia. Botulism?* « Brit. Med. Journal », 1918, 1° giugno.

(10) C. H. MELLAND. *Epidemic poliencephalitis (So called epidemic botulism).* « Brit. Med. Journ. », 1918, 18 maggio.

(11) A. I. HALL. *Epidemic encephalitis.* « Brit. Med. Journ. », 1918, 26 ottobre.

(12) *The report of an Enquiry into an obscure disease « Encephalitis lethargica ».* Reports to the local Governement Board on public Health and Medical subiects. New Series, n. 121, London, 1918.

(13) *Letargic encephalitis* (lavoro editoriale). « Brit. Med. Journ. », 1918, 21 dicembre.

(14) A. NETTER. Société méd. des Hôp., 22 marzo 1918.

(15) A. NETTER. *L'encéphalite léthargique.* « Paris Méd. », 3 agosto 1918.

(16) P. SAINTON. *L'encéphalite léthargique.* « Presse méd. », 23 settembre 1918.

(17) CHAUFFARD. *L'encéphalite léthargique.* — « Journ. des Praticiens », 14 settembre 1918.

(18) G. DRAGOTTI. *Il nona o encefalite letargico-epidemica.* « Policl. », Sez. Prat., 1918, n. 40.

(19) G. MOLINARI. *L'encefalite letargica.* « Rif. Medica », 1919, 18 gennaio.

(20) S. A. K. WILSON. *Lethargic Encephalitis.* « The Lancet », 1918, 6 luglio.

(21) L. FINDLAY. *Lethargic Encephalitis:* « Glasgow M. J. », 1918, ottobre, pag. 193.

(22) E. F. BOUZZARD. *Lethargic Encephalitis.* « The Lancet », 1918, 21 dicembre.

(23) H. BURGER et R. FOCQUET. *L'Encéphalite léthargique.* « Arch. Med. Belg. », 1919, n. 1.

(24) F. PARKES WEBER. *A case of epidemic lethargic encephalitis with cerebral ascess,* ecc. « The clinical Journal », London, 1918, 7 febb.

(25) *Encephalitis lethargica: a new disease?* (articolo editoriale). « Journal A. M. A. », 1919, 8 febbraio.

(26) O. L. PORTHIER. *Lethargic Encephalitis: preliminary report.* « Journal A. M. A. », 1919, 8 marzo.

(27) *Epidemic or lethargic encephalitis (Nona).* « Journ. A. M. A. », 1919, 15 marzo.

(28) J. B. CLELAND and A. W. CAMPBELL. *Nature of recent australian epidemies of acute encephalomyelitis.* « Med. Journal of Australia », 1919, 8 marzo.

(29) P. BASSOE. *Epidemic Encephalitis (Nona).* « Journ. A. M. A. », 1919, 5 aprile.

(30) F. A. ELY. *Lethargic Encephalitis (preliminary report).* « Journ. A. M. A. », 1919, 5 aprile.

(31) V. AUDIBERT. *Encéphalite léthargique.* « Marseille Méd. », 1919, 15 aprile.

(32) F. KENNEDY. *Epidemic Encephalitis with stupor.* « Med. Record. », 1919, 19 aprile.

(33) I. O. CARROL and NESBITT. *Encephalitis lethargica.* « The Dublin Journ. of Med. Sciencie », 1919, 1° maggio.

(34) R. R. TUCKER. *Epidemic encephalitis lethargica.* « Journ. A. M. A. », 1919, 17 maggio.

(35) A. CRAMER. *L'encéphalite lethargique.* « Revue méd. de Suisse Romand », 1919, 20 maggio.

(36) J. B. CLELAND and A. W. CAMPBELL. *Acute encephalomyelitis,* ecc. « Br. M. Journ. », 1919, 31 maggio.

(37) R. CRUCHET. *L'encéphalomyélite diffuse et l'encéphalite léthargique.* « Paris méd. », 1919, 14 giugno.

(38) P. BASSOC and G. B. HASOIN. *Histopathology of epidemic encephalitis.* Arch. of Neurol. and. Psych. (Chicago) 1919, 1 luglio.

(39) P. WEGEFORTH and I. B. AYER. *Encephalitis lethargica.* « Journ. A. M. A. », 1919, 5 luglio.

(40) ETIENNE, CAUSSADI, BENECH. *Encéphalite léthargique et Encéphalo-myelite.* Revue méd. de l'Est, 1919, 1 settembre.

(41) L. RAMOND. *A propos d'un cas d'Encéphalite léthargique à forme ambulatoire.* Journ. d. Prat., 1919, 6 dicembre.

(42) VON WIESSENER. Wien klin. Woch., 26 luglio 1917.

(43) C. M. STAFFORD. *Lethargic Encephalitis.* Journ. of Laboratory and Clinical med., 1919, agosto.

(44) I STRAUSS, S. HIRSHFELD and L. LŒWE. *Studier on Epidemic Encephalitis.* New York Med. Journ., 1919, 3 maggio.

(45) I. STRAUSS and L. LŒWE. *Etiology of epidemic (lethargic) encephalitis.* « Journ. A. M. A. », 1919, 4 ottobre.

(46) BASHFORD. *The experim. reproduction of the influence, nephritis and encephalitis.* Br. Med. Journ., 1919, 17 maggio.

(47) BRADFORD. *Communication on a « virus filtrant »,* ecc. « Br. med. Journ. », 1919, 17 maggio.

(48) I.R. WILSON. *The bacteriology of microrganisms filtrables.* Br. M. Journ., 1919, 12 maggio.

(49) M. PAGE. *Encéphalite léthargique et tuberculeuse.* Séance de la Soc. Méd. de Paris, 29 novembre 1919. Paris. Méd., 1919, dicembre.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia delle Scienze di Bologna.

Adunanza del 25 gennaio 1920.

Ricerche su l'eziologia dell' encefalite letargica.

A. MAGGIORA - M. MANTOVANI - A. TOMBOLATO.

L'Accademico prof. Arnaldo Maggiora comunica che avendo ricevuto dal sig. prof. senatore Albertoni, direttore della Clinica Medica Generale di Bologna, cortese invito a praticare indagini batteriologiche su un malato di forma grave di encefalite letargica, ha eseguito, insieme coi proprii aiuti dottori Mario Mantovani e Arturo Tombolato, il seguente primo gruppo di ricerche:

1° Inoculazione sottocutanea alle cavie, col sangue *in toto* appena prelevato da una vena del braccio.

2° Inoculazione sottocutanea del liquido cefalo-rachidiano, pure alle cavie.

3° Coltura del sangue e del liquido cefalo-rachidiano in vari substrati nutritivi solidi e liquidi, in aerobiosi ed anerobiosi, adatti al'isolamento di schizomiceti patogeni.

4° Esame microscopico del sangue e del liquor, tanto dal lato citologico quanto da quello della ricerca microbiologica.

5° Esame ultramicroscopico del sangue e del liquor.

6° Reazioni sierologiche, compresa quella del Wassermann.

7° Colture in vari substrati nutritivi adatti allo sviluppo di protozoi parassiti.

Contemporaneamente allo studio del caso favorito dal signor prof. Albertoni, furono praticati le medesime indagini in due altri malati, pure di forma acuta e grave della stessa malattia, dei quali uno degente all'Ospedale Militare Baraccato, l'altro all'Ospedale Roncati.

I risultati finora ottenuti furono i seguenti:

1° Dalle colture in brodo del sangue si ebbe in tutti e tre i casi lo sviluppo di un piccolo diplococco gram-positivo.

Gli altri terreni di comune uso in Laboratorio in un primo tempo rimasero sterili, ad eccezione dell'agar-ascite.

I successivi trapianti dal brodo ebbero rigoglioso sviluppo sia sull'agar-sangue umano, sia sul terreno nutritivo di Lubenau.

2° Le colture del liquor diedero in tutti e tre i casi risultato negativo.

3° Le cavie iniettate col sangue son morte, quali in 5ª quali in 7ª giornata, dopo aver presentato negli ultimi due giorni notevole ipotermia, una evidente paresi negli arti con intenso sopore, e tratto tratto scosse muscolari così degli arti come degli estensori della nuca e della colonna vertebrale.

L'autopsia rivelò uno stato iperemico di tutti gli organi, compreso il cervello e suoi involucri. Nel cervello si riscontrò inoltre qualche piccola emorragia puntiforme variamente distribuita e particolarmente nella sostanza grigia.

4° Stante la scarsità del liquido cefalo-rachidiano avuto a disposizione si potè con esso iniettare sottocute solamente una cavia, e questa morì in 7ª giornata avendo pur essa presentato le suddette note cliniche.

Nell'animale morto si rileva una perdita di peso di gr. 75; e lo stesso quadro anatomo-patologico macroscopico, con l'aggiunta di fatti emorragici nel polmone.

Nel sangue di questo animale si riscontrò il detto diplococco gram-positivo, che si ottenne eziandio dalle colture in brodo.

Altri animali pure essendo tuttora vivi, danno sintomi di malattia.

5° Gli animali inoculati col germe isolato a mezzo della coltura in brodo di 24 ore morirono in 7ª giornata con gli stessi fatti clinici e lo stesso reperto anatomico.

6° Nei passaggi in serie attraverso la cavia il germe aumenta di virulenza.

7° Il germe è anerobico facoltativo; è molto delicato e richiede particolare cura ne' vari momenti della tecnica culturale.

8° Il diplococco è agglutinato nella diluizione di 1 a cento, ed anche maggiore, dal siero di sangue del malato dal quale fu isolato; ed è pure agglutinato da quello degli altri malati della della stessa forma, come anche dal siero dei convalescenti; non è agglutinato nè dal sangue normale nè da quello d'un tifoso.

9° La reazione del Wassermann risultò negativa, per quanto condotta con diversi metodi.

10° L'esame citologico del liquido cefalo-rachidiano nei tre casi fu negativo, quello del sangue finora non rivelò che una leucocitosi, contrariamente a quanto per lo più si riscontra nell'influenza.

Le ricerche proseguono, e i risultati saranno prossimamente comunicati all'Accademia.

G. M. PICCININI.

Società Medico-Chirurgica di Parma.

Seduta del 25 gennaio 1920.

Presidente: prof. L. RONCORONI, presidente.

Osservazioni cliniche sopra alcuni casi di encefalite letargica.

GIUGNI. — L'O. in una disamina accurata di alcuni casi osservati nella Clinica Medica e nel riparto isolamento dell'ospedale maggiore di am-

malati di nona, mette in rilievo il quadro morboso e particolarmente alcuni sintomi fondamentali della forma. Espone i risultati di ricerche praticate sul liquido cefalo-rachidiano, e i mezzi terapeutici adoperati. L'O. per altro si riserba di ritornare più ampiamente sull'argomento, quando abbia raccolto un maggior numero di osservazioni.

La comunicazione dà luogo ad un'ampia discussione sull'etiologia e patogenesi della forma, sul decorso e sul prognostico della malattia e sui varii mezzi terapeutici, finora adoperati, affermandosi da molti presenti che la puntura lombare anche non associata a iniezioni di sieri o a somministrazione di farmaci, ha dato fino ad ora risultati molto soddisfacenti.

VALENTI.

Reale Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena.

Tornata del 25 gennaio 1920.

Ricerche batteriologiche sull'encefalite letargica.

Prof. BOCCOLARI. — Comunica i risultati delle ricerche eseguite, insieme al dott. Panini, sopra il sangue di infermi di forme tipiche di encefalite letargica, verificatisi nel comune di Modena ed in quello di Verona, e sul sangue estratto dal cuore di un uomo morto di tale infermità.

I predetti sanitari trovarono la costante presenza di un « diplococco » emisferico, a tipo cioè del meningococco, ma un po' maggiore di questo e di dimensioni minori di quello dei comuni piogeni.

Tale m. resiste al Gram; direttamente nel sangue si trova in minime quantità; nasce stentatamente sui comuni terreni di coltura, ma nei successivi trapianti si sviluppa di più e qualche volta rigogliosamente, nel brodo comune si ha leggero ed uniforme intorbidamento, sull'agar piccole colonie miliari, non confluenti, di un bianco madreperlaceo, spesso iridescenti, nella infissione in gelatina, dopo due giorni, lungo tutto il canale si veggono piccolissime colonie, non liquefazione, non sviluppo di gas.

Il m. presenta contorno regolare e nucleo centrale e in cultura in agar spesso si presenta anche a forma di stafilococco.

Patogeno per la cavia, che presenta un quadro di diffusa diplococcemia.

Il prof. Boccolari si riserva di comunicare i risultati delle ulteriori ricerche su questo m., che sembra presentare caratteri abbastanza importanti.

S. A.

Società Medico-Chirurgica Anconitana.

Adunanza del 9 gennaio 1920.

Polio-encefalite infettiva.

G. MODENA. — L'O. ha avuto occasione di esaminare nel marzo scorso e in queste ultime settimane, diversi malati che devono essere compresi nella sindrome già descritta della *encefalite infettiva*. I casi osservati, e di cui presenta alcuni alla riunione odierna, si possono dividere in due gruppi:

1° Casi con prevalente letargia che giustificano il nome dato a questa forma di encefalite letargica.

2° Casi in cui le manifestazioni prevalenti sono invece eretistiche, motorie, talora nevralgiche, spesso psichiche.

La triade descritta dal Netter e dal Sainton in Francia, da altri autori in Inghilterra nel 1918, che corrisponde a quella osservata in Italia nel 1889-90, comprendeva i tre sintomi più salienti: sonnolenza, paralisi oculari, temperatura talora elevata, talora di pochi decigradi. Questa triade che dava ragione della denominazione, si vede invece, e specialmente nei casi attuali, associata a manifestazioni psichiche, nevralgiche, motorie e anzi in alcuni casi viene del tutto mascherata e sostituita da fenomeni eretistici. I più frequenti sono i disturbi psichici a tipo di « delirio professionale », assai comuni anche i fenomeni muscolari, mioclonici, talora coreici e atetosici; i fenomeni nevralgici spesso intensi e intollerabili, non rispondenti a zone di nervi periferici, ma con carattere di nevralgia di origine centrale (talamica).

Si può osservare la più grande varietà di sintomi: questi sono variamente associati nei casi dell'O.: interessante poi una malata che soffrì da prima di manifestazioni letargiche con paralisi del III, disturbi psichici, poi presentò manifestazioni di paralisi del VII e successivamente una paresi a tipo labio-glosso-faringea, infine anche lesioni della motilità delle braccia. Vi è quindi stata diffusione a tutti i nuclei del bulbo e anche alla sostanza grigia del midollo spinale.

In molti altri casi i fenomeni sono leggeri o limitati: nel periodo attuale frequenti sono le forme ambulatorie.

Dei malati osservati (4 nel marzo 1919, 7 in queste ultime settimane) 9 sono guariti o in via di guarigione: una si mantiene grave, una è morta.

Dai caratteri clinici la lesione deve essere localizzata nella sostanza grigia: reperti anatomici confermano questo: da ciò il nome di polioencefalite, ma a seconda della prevalente localiz-

zazione si hanno forme e manifestazioni diverse: quindi il nome che all'O. pare più comprensivo e giustificato è quello di « polioencefalo-mielite infettiva ».

In casi rarissimi la meninge è lievemente e sempre transitoriamente interessata: l'O. ha osservato Kernig lieve e passeggero in un sol caso, sempre normale il liquido cefalo-rachidiano per quanto un po' aumentato di pressione (albumina 0,20 o/o, linfatici 6-7 per campo di Nageotte). Variabilissimo il contegno della temperatura: in qualche caso 37,3-37,5 al massimo, in altri casi 38-39 1/2. Polso in diretto rapporto con la temperatura.

Costanti o quasi i sintomi a carico dei nervi oculari, frequenti quelli a carico del VII: raramente interessati gli altri nervi.

Prevalenza nel sesso femminile, indifferente l'età: alcuni infermi avevano precedentemente avuto febbre influenzale, altri no.

Nessuna contagiosità: la più grande distanza, la più irregolare distribuzione nella comparsa dei diversi casi accennati nel marzo scorso e nella attuale ricomparsa della malattia.

L'O. ritiene che la forma descritta sia in rapporto con l'influenza: l'essersi osservata nel 1889-90 e in questo ultimo anno dopo l'epidemia influenzale ne dà ragione.

L'unità della sindrome, non ostante, la diversità dei sintomi, è dimostrata dalla associazione dei fenomeni, variamente combinati in alcuni casi, della forma letargica e della forma eretistica.

R. FUÁ nell'accennare ad un caso, che ha in cura da tre giorni, di un bambino di 28 giorni che presenta lieve ptosi delle palpebre sinistre, strabismo intermittente e coma, ricorda la ipotesi Di Martin e Lhemitte, che ritengono la encefalite una forma di malattia di Heine-Medin con localizzazione al mesencefalo, in quella regione dove il Mauthues ha ammesso l'esistenza di un centro ipnico. Ricorda anche gli studi del Wiesmer che ha isolato nel cervello di pazienti un cocco gramresistente: emulsioni di cervello iniettate nelle scimmie hanno determinato morte con fatti di sonnolenza e coma. L'O. si domanda se detto cocco possa essere identificato con altri, per es. con il diplostreptococco che Fiore (Firenze) trovò negli individui affetti da localizzazioni polmonari dell'influenza e nel 60% di ammalati di semplici forme di influenza nei primi periodi della malattia.

A. B.

Nel fasc. 2° a pag. 47, col. sinistra, tra le righe 21ª e 22ª va interposta la riga:

bete, gotta, ecc.), intossicazioni (da piombo, da

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BUCURA C.: Mutterschutz. Schäden der Mutterschaft und Vorschläge zur Einschränkung ihrer Gefahren. — Wien, 1919.

BUCURA C.: Die Eigenart des Weibes. Ursachen und Folgerungen. — Wien, 1918.

GIACALONE B.: Soccorso ostetrico di urgenza. — Marsala, 1919.

LUCHERINI TOMMASO. — L'adrenalina nell'influenza con complicanze bronco-polmonari. — Siena, 1919.

Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia. Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani. — Per la profilassi delle malattie veneree. Relazione dei Consigli direttivi alla Direzione Generale di Sanità. — Milano, 1919.

VIGLIANI RODOLFO: Glioma cistico del lobo destro del cervelletto. Intervento chirurgico seguito da guarigione. — Venezia, 1919.

FORNI GHERARDO: Sulle modificazioni di un rene nella tubercolosi sperimentale dell'altro rene. — Bologna, 1919.

CARNELLI RICCARDO: Ospedale Civile di Modigliana. Chirurgia pratica. — Resoconto statistico-clinico degli anni 1917-1918. — Modigliana, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I rappresentanti degli Ordini Sanitari nel Consiglio Superiore di Sanità.

Il 29 dicembre la Commissione degli scrutatori, presieduta dal sen. Calcedonio Inghilleri, procedette presso il Ministero dell'Interno allo spoglio delle schede per l'elezione dei rappresentanti degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità.

Per gli Ordini dei medici riuscì eletto a grande maggioranza il dott. Alfredo Martinelli, presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici condotti; per gli Ordini dei Veterinari il prof. Gualducci; per quelli dei Farmacisti il cav. Assauto, già presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti.

Sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Le Associazioni dei Medici liberi esercenti della Toscana riunite a convegno in Firenze per discutere della legge sulla assicurazione obbligatoria contro le malattie:

riconoscono le necessità umanitarie e il valore sociale di una riforma che valga a meglio garantire la assistenza sanitaria dei veri poveri e

ringraziano i componenti della Commissione per detta legge proff. Devoto e Silvagni che con le loro delucidazioni hanno chiarito i giustificati dubbi su la sorte riservata dalla legge al libero esercizio sanitario, e

fanno voti:

che nella attuazione della legge sieno salvaguardati i diritti acquisiti professionali ed economici dei liberi esercenti,

che le assegnazioni dei posti di ispettori e medici di Zona sieno stabilite con ogni garanzia di giustizia per tutte le categorie dei medici,

che il meccanismo burocratico assicuratorio sia ridotto al minimo a salvaguardia della dignità professionale e affinchè con un eccesso di spesa non si apporti una svalutazione economica della prestazione professionale.

La questione delle condotte piene.

Indetta dall'Associazione regionale sanitaria presieduta dal dott. Arnaldo Angelini, ha avuto luogo presso l'Istituto farmaco-terapico laziale in Frosinone una riunione di medici condotti del circondario.

Scopo del convegno era l'agitazione per la soppressione della condotta piena.

Dopo assai animata discussione, si vota per acclamazione un ordine del giorno, nel quale si delibera « di ricordare alle Amministrazioni comunali l'obbligo che hanno per legge di abolire la condotta piena introducendo nei loro capitolati di servizio le modificazioni concretate nel capitolato tipo, con l'indennità di residenza di lire 9000, e di rompere ogni trattativa amichevole con quei Comuni che per la fine di gennaio o non abbiano adottato il richiesto provvedimento o abbiano deliberato in opposizione alla legge ».

Si è nominato il cav. Buglioni a Commissario dell'Associazione presso il Sindacato medico italiano.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8104) *Concorsi per la nomina di medici condotti - Sostituzioni di residenza.* — Dott. A. R. da S. P. in V. I concorsi espletati per la nomina dei due medici condotti delle frazioni sono validi e legalmente esauriti perchè aperti e chiusi definitivamente con la nomina dei titolari, prima del D. L. del 31 agosto 1915 con il quale si sospendevano tutti i concorsi del genere. Quindi il Comune si è avvalso di un suo diritto distaccando, urgendone il bisogno, i rispettivi titolari in altri posti, essendo essi alla sua dipendenza e proprii e veri suoi impiegati stabili.

Non può Ella, pertanto, dolersi di essere stato cambiato di residenza come interino, non potendo far valere l'esito dei concorsi sostenuti, che, quantunque in modo lodevole, non Le hanno fruttato la nomina a definitivo. La sua posizione, che è rimasta sempre quella di interino, non la rende insostituibile nel posto attuale, che può essere sempre occupato da altri, salvo, naturalmente, il rispetto del contratto che è in corso col Comune o dei patti speciali contenuti eventualmente nell'atto di nomina.

(8105) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. B. da M. Per le provincie redente occorre osservare le norme, le ordinanze, ed i regolamenti che emana il Governatore, non essendo ancora ad esse applicabili tutte le leggi ed i regolamenti che vigono nella madre patria. Faccia analoga domanda al Governatorato ed attenda la decisione che sarà adottata, essendosi dovuto certamente a quest'ora stabilire un *modus vivendi,* applicabile a tutti gli altri condottati che si trovano in identica condizione.

(8106) *Riconoscimento di campagne di guerra.* — Dott. A. A. da B. Il riconoscimento ufficiale di una o due campagne di guerra fatte ad un

medico condotto non gli assicura alcun vantaggio specifico in rapporto alla sua carriera.

(8107) *Cassa pensione*. — Dott. F. S. da M. Se ha sempre pagato il contributo personale alla Cassa di previdenza, vuol dire che vi sarà stato inscritto di ufficio. In tale ipotesi può contare sinora su di un solo anno come utile per la pensione. Gli altri anni, passati con nomina interinale, sono calcolati unicamente per raggiungere più presto il termine fissato per la liquidazione della pensione, ma di essi non si tien calcolo nella determinazione dell'effettivo ammontare della medesima. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. F. G. da S. M. a M.:

Avendo Ella prestato servizio con truppe operanti, mi sembra che non le si possa negare il diritto alla polizza di assicurazione.

All'abb. n. 4116:

Poichè l'indennità professionale è stata concessa con effetti retroattivi sino al maggio scorso mi sembra che Ella possa giustamente richiedere tale indennità per i mesi nei quali prestò effettivo servizio.

All'abb. n. 8237:

Ella ha diritto all'indennità di prima categoria sino a che non sia giunto a destinazione in Estremo Oriente.

Assunto il servizio presso le truppe rimpatrianti, le spetta analogo trattamento a quello goduto dagli ufficiali che sono in accompagnamento di dette truppe.

M. G.

ATTI PARLAMENTARI.

I militari tubercolotici del Sanatorio di Anzio.

L'on. Federzoni ha interrogato il ministro della guerra « per sapere le ragioni per le quali al campo climatico militare di Anzio è stato impartito l'ordine di dimettere tutti gli ufficiali e militari di truppa ivi ricoverati e degenti per tubercolosi contratta in guerra, e per conoscere come si sia provveduto alla sorte dei valorosi sofferenti che tanto vantaggio andavano ritraendo nelle loro condizioni di salute dalla cura di mare ».

CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale*. — Sono disponibili alcuni posti di medico-praticante interno, posti istituiti per studio e perfezionamento. Onorario da convenirsi per eventuali limitate prestazioni per l'Istituto. Rivolgersi per informazioni e schiarimenti alla Direzione del Manicomio di Ancona.

CASTELFRANCO VENETO (*Treviso*). — Chirurgo primario dell'Ospedale Civile, L. 4000 lorde e indennità c. v.; biennio. Scad. 15 febbraio.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto il 10 febbraio è aperto concorso per esami e per titoli a quattro posti di medico-chirurgo aggiunto. Rivolgersi alla segreteria del Consiglio di amministrazione.

MEZZOJUSO (*Palermo*). — Due condotte medico-chirurgico-ostetriche per il capoluogo, ciascuna con lo stipendio di L. 1500, salvo ciò che la G. P. A. crederà opportuno assegnare. Una condotta uguale per la borgata Campofelice di Fitalia uguale L. 4000. Scad. 20 febbraio ore 15.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Concorso per titoli e occorrendo per esami a 4 posti di assistenti laureati in medicina e chirurgia nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della sanità pubblica. Scad. 15 febbraio (Gazz. Uff. 22 gennaio 1920, n. 17).

ROMA. *Ospedali Riuniti*. — Il termine per la presentazione delle domande per il concorso annunziato nel fasc. 50 del 1919 è prorogato al 15 febbraio.

Diffide e boicottaggi.

La Sezione Modenese A. N. M. C. diffida il concorso alla seconda condotta medica del Comune di Guiglia: 1° perchè lo stipendio iniziale è di lire 2500; 2° perchè l'indennità pel cavallo è di lire 700; 3° perchè mancano tutte le altre condizioni stabilite come nel capitolato unico della Federazione Emiliano-Romagnola.

Quindi si invitano tutti i colleghi a non concorrere od a ritirare i documenti se, eventualmente, presentati.

Come protesta poi contro l'Amministrazione si invitano i colleghi a non assumere l'interinato se non per lire 40 giornaliere oltre al mezzo di trasporto.

Pregasi denunciare i concorrenti.

Sono mantenute le diffide di: Solignano (Parma), Barlassina (Monza), Copparo (Ferrara), S. Miniato (Arezzo), Thiene (Vicenza), Castagnito (Alba), Castelnuovo Valdicecina (Pisa), Montureto (Modena), Camaiore (Massa Carrara), Reggiolo (Reggio Emilia), Roviglio (Reggio Emilia), Codigoro (Ferrara), Vetto D'Enza e Novellara (Reggio Emilia), Fiuminata (Camerino), Cavaglia-Dorzano (Biella), Savigliano (Saluzzo), Confienza (Lomellina), Pavullo nel Frignano (Modena), Guiglia (Modena), Provincia di Ferrara, Campofiorito e Bolognetto (Palermo).

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza sanitaria nel Trattato italo-francese.

Il trattato attua, anche in questo campo, il principio della parità di trattamento, in modo che i cittadini di uno dei due Stati saranno parificati nel territorio dell'altro Stato ai cittadini di questo nel godimento dei benefici dell'assistenza, sia a domicilio, sia in stabilimenti ospedalieri.

Per ciò che concerne l'onere delle spese che uno Stato incontra per l'assistenza prestata ai cittadini dell'altro, il Trattato stabilisce il principio che, per qualsiasi malattia a carattere acuto, tali spese non daranno luogo ad alcun rimborso, qualunque possa essere la durata dell'assistenza medica od ospitaliera; per tutti gli altri casi nessun rimborso avrà luogo fino a quarantacinque giorni; se però si tratta di persone che abbiano una residenza di cinque anni nel paese, l'onere rimane completamente a carico dello Stato di residenza, qualunque possa essere la durata dell'assistenza. Agli effetti di tale condizione di residenza, è sufficiente che il lavoratore, nel quinquennio, abbia soggiornato nell'altro paese appena cinque mesi consecutivi ogni anno. Il trattato regola inoltre l'assistenza ai vecchi, agli infermi e agli incurabili. Speciali condizioni di favore sono fissate per gli invalidi in dipendenza di malattia professionale.

I due Governi si obbligano a vigilare perchè nelle agglomerazioni che contano un numero importante di lavoratori dell'altra nazionalità, i mezzi di assistenza ospedaliera non facciano difetto agli operai ammalati ed alle loro famiglie e viene prescritto che gli operai abbiano diritto di essere ricevuti e di essere curati gratuitamente negli ospedali e nelle infermerie che siano istituite a cura dei datori di lavoro.

Il principio della assimilazione ai nazionali è esteso al godimento dei vantaggi o agevolazioni che sono stabilite in ciascuno dei due paesi in materia di acquisto della piccola proprietà, di società di mutuo soccorso, di associazioni di assistenza e di beneficenza.

NOTIZIE DIVERSE.

Sull'encefalite letargica.

All'Accademia medica di Roma, nella seduta del 25 gennaio, fecero comunicazioni sull'Encefalite letargica i proff. V. Ascoli e A. Bignami. All'importante argomento si stabilì di dedicare una seduta straordinaria, che si terrà domenica 8 febbraio.

***

Ad iniziativa dell'Ordine dei medici della Provincia di Milano e della Società Lombarda di scienze mediche e biologiche, è indetta una seduta straordinaria, che avrà luogo giovedì, 5 febbraio 1920, nell'aula dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano (via Commenda 12), e nella quale sarà svolto un unico argomento: l'Encefalite letargica, con relazione del socio dottor Ronchetti, e con comunicazioni dei dottori Boveri e Stradiotti.

Commemorazione popolare di Guido Baccelli.

Una scelta folla, tra cui erano medici, magistrati, professori, ufficiali, ascoltò al Colosseo la commemorazione popolare di Guido Baccelli, tenuta da Romolo Artioli, segretario generale del Comitato per le onoranze al grande romano. La commemorazione era indetta dall' « Unione Storia ed Arte ».

L'Artioli, improvvisando, assai felicemente, parlò delle origine della *gens* Baccelli (buon ceppo toscano in terra romana), della giovinezza di Guido, del suo patriottismo nel 1849, alla difesa di Roma, de' suoi studi, dell'insegnamento clinico che tenne per 50 anni nell'Università di Roma, di Baccelli medico e delle sue varie scoperte, di Baccelli educatore, di Baccelli amico e protettore dell'agricoltura, di Baccelli fondatore di musei e di gallerie, restauratore e disseppellitore di monumenti, per la dignità e la gloria d'Italia, di Baccelli oratore magnifico di classicità, di Baccelli uomo politico. L'Artioli chiuse con un eletto inno alla romanità di Guido Baccelli. Il discorso fu caldamente applaudito.

***

La Società nazionale di storia ed arte « Terenzio Varrone » ha commemorato, al Foro Romano, Guido Baccelli. Parlarono il prof. Branca e il prof. Landi, tratteggiando la figura nobilissima del grande clinico, archeologo e statista.

Gli ospedali Riuniti di Roma ed il Prestito Nazionale.

Il Presidente del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma, comm. Lusignoli, ha disposto che i capitali disponibili dell'Ente, ascendenti a 7 milioni, siano investiti mediante sottoscrizione al VI Prestito Nazionale. Egli ha poi rivolto al personale dipendente un fervido appello perchè si associ, nel miglior modo possibile, all'alta manifestazione d'italianità.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stab. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi. *resp.*

Anno XXVII Roma, 2 febbraio 1920 Fasc. 5.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROLUSIONI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.

Considerazioni intorno all'insegnamento della dermatologia e della venereo-sifilografia

per il prof. AUGUSTO DUCREY.

Illustri colleghi, giovani carissimi!

Malgrado i miei venticinque anni d'insegnamento universitario ufficiale, per oltre tre lustri all'Ateneo di Pisa e quasi due a quello di Genova, confesso la grande emozione che provo nel salire questa cattedra e nell'assumere la direzione di questa Clinica, nella prima Università del Regno, dove colleghi eminenti, per unanime benevolo consenso, mi vollero compagno di lavoro, di che serberò loro riconoscenza imperitura e dove un dermatologo insigne mi precedette, il prof. Campana, che nella sua lunga e luminosa carriera d'insegnante e di studioso infaticabile segnò orme indelebili, che ne resero il nome caro alla scienza. Ugualmente caro alla umanità, per quel profondo, sconfinato senso di generosità e d'altruismo, per il quale egli prodigò costantemente tutto sè medesimo e tutto e più ancora di quanto possedeva, pur di lenire le sofferenze e le miserie degli infermi poveri. Alla cara memoria di lui, scienzato e filantropo illustre, c'inchiniamo reverenti e dal profondo del cuore vada a lui il mio mesto ed affettuoso saluto.

Ai miei vecchi carissimi colleghi delle Università di Pisa e di Genova, ai quali lunga ed intima comunanza di intenti e di lavoro strettamente mi avvinsero, giungano i sensi di mio affetto inalterabile e l'assicurazione che non mai lontananza di luoghi o volger di tempo o mutar di eventi quei vincoli riusciranno ad allentare.

Al venerato mio Maestro, il prof. Tommaso De Amicis, nestore della Dermatologia e Sifilografia italiana, che nei dieci anni vissuti al suo fianco dopo la laurea più direttamente contribuì ad accendermi nel cuore ardentissimo l'amore alla specialità nostra ed a porre le basi della mia educazione clinica, mi è grato in questo momento di esprimere ancora una volta, con animo commosso, i sensi di mia profonda riconoscenza e di affetto filiale, insieme all'augurio che anche nella sua tarda età egli possa godere di tutte le gioie e gli onori che seppe meritamente procurargli una vita di lavoro.

***

Giovani egregi, nel dar mano oggi al nostro insegnamento, quando da anni moltissimi tutte le Università del Regno, dalle maggiori alle minori,

ebbero i loro Istituti di Dermatologia e Sifilografia, non inferiori ad alcun altro per attività di lavoro scientifico e didattico, potrebbe sembrare un fuor d'opera anche un semplice accenno allla importanza grandissima dello studio di questa branca della medicina ed il rammentare l'apoftogena che dovrebbe essere nel convincimento di tutti, che « non si possa essere un buon medico senza conoscere le malatttie della pelle e senza aver cognizioni precise e complete sulla sifilide ». Ma non è così pur troppo, giacchè è assai comune, anche ai giorni nostri, sentir confessare da medici la loro assoluta ignoranza in dermatologia e moltissimi, senza che osino confessare pari ignoranza in sifilografia, dimostrano di avere intorno ad essa cognizioni incomplete, spesso inesatte e confuse, tanto da recare coi loro consigli ai singoli infermi ed alla collettività danni incommensurabili. Molti medici continuano a considerare la Dermatologia e la Sifilografia una branca affatto speciale della medicina e lo studio di essa complemento bensì utile, ma non indipensabile all'esercizio della medicina generale. L'errore di essi è pari a quello di chi crede inversamente che si possa essere dermatologi e sifilografi senza aver larga e profonda coltura medica generale, senza essere medici nel senso lato della parola; e sorgono allora i sedicenti specialisti, i quali, in possesso di poche formole malamente apprese e peggio applicate e di qualche cognizione tecnica non sempre giusta, hanno la illusione di poter assolvere con vantaggio e con decoro il grave còmpito che col nome usurpato si sono imposti.

Questo stato di cose deve assolutamente cessare e mentre non deve essere più lecito assistere tutti i giorni ad errori diagnostici gravissimi, che mettono continuamente a dura prova la riputazione dei medici e, ciò che più monta, la salute degli infermi, (un lupus peiano impetiginizzato della guancia di un bambino scambiato per eczema impetignoide, un lepra per una sifilide, una tigna sniofitica per una serborrea pitiriasica; una scabbia per una dermatosi tossica di origine intestinale; un herpès, un lichen planus od un pemfigo delle mucose per placche da sifilide, per accennare solo a qualcuno di questi errori), non deve esser lecito nemmanco che si dica o si creda specialista in dermatologia e sifilografia chi, staccatosi dal tronco della medicina generale, s'involve e s'inaridisce, non sapendo vedere nelle dermatosi che semplici condizioni morbose limitate alla cute, quasi che questa non facesse parte integrale dell'organismo e contro di esse si affanna, spesso senza risultato alcuno, in ripetuti tentativi di medicazioni locali le più varie o nella somministrazione di qualche farmaco interno, empiricamente scelto. E nella sifilide, dimenticando che questa gravissima e proteiforme infezione impone, in ogni singolo caso, lo studio completo del soggetto ammalato, senza di che non può esservi giudizio diagnostico perfetto, nè prognostico, nè curativo appropriati, si limita alla constatazione della malattia, che giudica lieve o grave alla più superficiale parvenza e prognostica e cura con incosciente semplicismo. E' molto comune il caso di sifilitici che, in occasione di una prima visita medica — troppo spesso superficialissima — in cui fu fissata, alla bell'e meglio, la diagnosi, ebbero dalle mani dello specialista uno specchietto a stampa — identico per tutti — con l'assegnazione precisa del farmaco e dei mesi di cura per ciascun anno, che avrebbe dovuto rappresentare come il vangelo terapeutico da seguire per tutta la durata della infezione. Quello specchietto, identico per tutti, equivale all'affermazione che la infezione sifilitica, l'organismo umano e l'azione del farmaco possono considerarsi termini fissi, uguali ed immutabili per tutti nel complesso problema della malattia e della cura. Per fortuna, non raramente, il buon senso degl'infermi trionfa e lo specchietto è conservato non come indicazione curativa da seguire, ma documento di semplicismo e di ignoranza medica da mostrare!

Le cause che hanno fatto così lungamente protrarre la deficienza di cultura dermatologica nei medici e che hanno determinato quasi una generale avversione allo studio delle malattie della pelle sono molteplici. Primissima fra esse il non essersi ancora affatto estinto il ricordo di un cieco empirismo, lungamente durato intorno a quelle malattie; le vedute molto dissimili delle varie scuole che furono prime ad occuparsene: la francese, la tedesca e la inglese; la intricata e talvolta anche strana nomenclatura, le classificazioni molteplici che si andarono le une alle altre succedendo, poste su basi arbitrarie più che scientifiche. Vi contribuirono il vasto campo che esse abbracciano, la straordinaria varietà delle forme morbose che, ciò malgrado, le fanno rassomigliare un po' tutte ed il tirocinio — lunghissimo, paziente — di semeiotica cutanea che esse impongono al discente prima che cominci ad orientarsi. Ma non è giusto dimenticare che all'empirismo cieco ed alle dominanti teorie umorali, per le quali ogni dermatosi doveva considerarsi il prodotto di misteriose discrasie, la dermatologia, come ogni altra branca della medicina, non si sottrasse al movimento anatomo-patologico del Rokilans e sotto l'impulso del grande dermatologo di Vienna fu creata la patologia cutanea su base positiva e la dermatologia assunse anch'essa dignità di scienza.

Le descrizioni delle forme cutanee, alcune delle quali erano già meravigliosamente fissate nel loro quadro nosologico nella medicina antica, si andarono allora moltiplicando e perfezionando, non più disgiunte dallo studio delle alterazioni anatomo-patologiche di ogni singola lesione, che col progredire e perfezionarsi della tecnica furono svelate in ogni più minuto particolare e delle forme morbose permisero una più giusta ed esatta interpretazione. Il progresso fu dunque veramente notevole e l'attività di lavoro e di ricerca nel campo dermatologico di tutti i paesi veramente straordinario. Un'altra via di ricerche e di lavoro, successivamente aperto dagli studi di microbiologia, trovò larghissima applicazione nello studio delle malattie della pelle ed un gran numero di dermatosi si riconobbero di natura parassitaria ed i microrganismi patogeni di esse, al microscopio e con culture artificiali, da una poderosa falange di ricercatori valorosi, illustrati nei loro più minuti caratteri biologici. La dermatologia dunque nel vastissimo campo degli studi e del progresso medico non trovò solamente, essa pure, la giusta e diretta via da seguire, ma la percorse con perseverante fervore e con risultati non inferiori a quelli raggiuntisi in altre branche della medicina. Nulla può dunque farla tenere in considerazione secondaria dagli studiosi di medicina, i quali anzi, nello studio della cute e dei fenomeni morbosi ad essa legasi, precisamente perchè direttamente accessibile ai nostri sensi e ad ogni sorta d'investigazione diretta, in tutto lo svolgersi di un processo morboso, dal suo primissimo esordire ai suoi esiti, dovrebbero alla dermatologia più specialmente sentirsi attratti, per il modo più utile e suggestivo col quale essa si presta a fissare tutto un insieme di cognizioni di patologia generale. Le note obbiettive del processo infiammatorio, riconosciute già da Celso, *rubor, tumor, calor, dolor,* non ci vennero precisamente dalla osservazione della cute infiammata? Non è forse sulla cute che i chirurgi hanno potuto studiare da vicino i processi che più loro interessavano: la formazione e la struttura della granulazione, la guarigione delle piaghe, la formazione dell'epidermide e la cicatrice, con le relative deduzioni pratiche, fissando le condizioni necessarie ad ottenere esito felice dal trapiantamento cutaneo?

Ma altre considerazioni vi attrarranno, giovani carissimi, allo studio della dermatologia. Voi che avete già percorso gli studi di anatomia, embriologia, fisiologia, anatomia-patologica e patologia generale ed avete già iniziato il lungo tirocinio degli studi di clinici, sapete che la pelle non è una semplice coltre, destinata a coprire e proteggere il corpo dagli insulti del mondo esterno, nè un semplice organo, ma un sistema organico squisitamente sensibile, intermediario fra il mondo esterno e l'organismo, col quale ha infiniti rapporti di continuità e contiguità, di connessioni vascolari e nervose, di sviluppo e di nutrizione; epperò si può ammalare per malattie proprie (sia che le provengano da contatti col mondo esterno – tutte le dermatosi parassitarie ad es. — sia che nascano da condizioni morbose degli organi che sono parti constitutive), più frequentemente ammala per stati morbosi di singoli organi interni o di tutto l'organismo. Nelle vostre esercitazioni di medicina generale avrete certo avuto occasione di notare la frequenza di fenomeni morbosi cutanei nei casi di malattie infettive (tifo, setticemia, sifilide...) senza dire delle infezioni esantematiche acute (morbillo, scarlattina, vaiuolo), nelle quali il fatto cutaneo è la manifestazione principalissima della malattia. In presenza d'infermi con gotta, uricemia, diabete ed altre alterazioni del ricambio vi sarà forse già accaduto di veder sorgere dermatosi varie, a quegli stati morbosi strettamente connesse e talora furono esse che dettero al clinico il grido d'allarme che lo condusse sulla giusta via della diagnosi e della terapia. Anche per lesioni di singoli organi (fegato, stomaco, intestino) potrà non esservi mancato di osservare forme eruttive cutanee a quelle lesioni più o meno direttamente legate e talvolta anche in soggetti, con integrità delle vie digerenti, per semplice ingestione di alcuni alimenti. Dalla neuropatologia avrete forse già appreso che una nevrite può essere la causa prossima di lesioni cutanee; che alcune dermatosi (così dette « *indicatrici* » da Leloci) possono essere le prime manifestazioni di affezioni nervose, delle quali esse permettono la diagnosi precoce o per lo meno ne inducono il sospetto. In ogni caso, dallo studio della materia medica ricorderete sicuramente che sono frequenti sulla cute, organo importante di eliminazione dei farmaci dall'organismo, forme eruttive dovute alla eliminazione stessa, per quanto molte volte se ne ignori il vero meccanismo d'azione (preparati di iodio, bromo, chinino, mercurio, arsenico, etc.) ed avrete visto, anche con frequenza, sorgere dermatosi localizzate o diffuse in seguito ad applicazione diretta di farmaci sulla cute (dermiti da pomata mercuriale o da soluzioni di sublimato corrosivo o feniche o da iodoformio, tanto comuni nelle medicherie, dove spesso di queste medicazioni si abusa); nè vi saranno ignote eruzioni cutanee di origine siero-terapica (siero Behring, tubercolina...).

Tutte queste cose considerando, la dermatologia non può non assumere dinanzi ai vostri occhi tutta la importanza che le compete ed una sola

aspirazione deve accendersi in voi, giovani carissimi, quella di studiarla con metodo rigoroso e rendervene padroni.

***

E lo studio metodico di essa, scientificamente condotto, richiede anzitutto conoscenze precise della struttura anatomica fine della pelle, nei suoi vari strati, tessuti, ed organi, con tutte le modalità istologiche relative alle regioni diverse della superficie cutanea; e larghe nozioni di anatomia patologica generale e cutanea, senza di che riuscirebbero assolutamente incomprensibili lo studio e la interpretazione giusta delle alterazioni di quei tessuti e di quegli organi, più o meno profondamente indottevi dal processo morboso cutaneo. Senza la conoscenza della struttura dell'epidermide e più specialmente dello strato spinoso e degli spazi interciliari, dai quali si origina la intricata circolazione plasmatica del derma, come potrebbero essere intesi gli scambi nutritivi fra il derma e l'epidermide e nei processi morbosi flogistici il passaggio degli essudati da quello a questa, con tutte le conseguenti alterazioni cellulari? Senza la conoscenza precisa del modo di essere della rete circolatoria sanguigna nella cute, come rendersi ragione della configurazione speciale e limitazione di alcune forme eritemoliche ed emorragiche? Come spiegare la presenza in alcune regioni del corpo e l'assenza in altre di alcune forme eruttive in rapporto agli organi glandolari propri della cute, se non conoscessimo la distribuzione di questi organi sulla superficie cutanea? Come interpretare i fatti di alterata funzione tattile della cute, di alterata sensibilità, di disturbi circolatori locali, di disturbi nutritivi ed anche talora secretivi della pelle quando fossimo ignari delle minime particolarità del delicato e complesso sistema nervoso cutaneo?

Le alterazioni che il microscopio ci permette di seguire nelle loro particolarità di sede anatomica, di natura, di evoluzione in ogni singola dermatosi, clinicamente si manifestano alla osservazione diretta e macroscopica della cute, sotto forma di poche lesioni morfologiche elementari, ciascuna delle quali può dirsi rappresentare una lettera, un segno grafico e lo insieme di questi segni grafici l'alfabeto che bisogna apprendere a conoscere prima che si giunga a leggere la non facile scrittura che i processi morbosi segnano sulla cute ed avere così i primi elementi per la diagnosi. Or quando saprete che questi segni grafici, queste lettere dell'alfabeto dermatologico — che noi chiamiamo *lesioni elementari* — sono in numero di 8 solamente, limitandoci alle *primarie*, (eritema, macula, papula, vescicola, pustola, bolla, tubercolo, squama) e tutte le dermatosi le più varie, per natura, decorso, esiti, non possono manifestarsi obbiettivamente che con le lesioni elementari accennate — o tutte di un medesimo ordine nelle dermatosi cosidette unimorfe, o di ordine diverso nelle polimorfe — comprenderete subito che la diagnosi clinica di ciascuna dermatosi dovrà presentare difficoltà notevolissime, perchè in ciascuna non basterà saper riconoscere soltanto la lesione elementare che caratterizza l'ordine cui la dermatosi appartiene (se eritmatosa, papulosa, vescicolare e così via), ma sarà necessario, con la ricerca e la constatazione minuta e completa dello insieme di tutti i caratteri morfologici di quella data lesione elementare (volume, forma, colorito, consistenza, sede anatomica, modo di distribuzione sulla superficie cutanea, modo di raggruppamento, evoluzione, esiti, fenomeni subbiettivi locali o generali che l'accompagnano) individualizzare la dermatosi. La difficoltà di riconoscere la lesione elementare indicatrice dell'ordine, cui una dermatosi appartiene, può essere accresciuta da contingenze molteplici. Così l'arresto di sviluppo della lesione elementare durante qualcuno degli stadî di sua evoluzione, senza raggiungere la sua fase culminante o di maturità, che dovrebbe caratterizzarla (elementi papulosi che si arrestano nello studio eritematoso, elementi vescicolari che si arrestano anch'essi nello studio eritematoso o nel papuloide...) *dermatosi abortive*. Od inversamente, lesioni elementari, per condizioni non sempre facilmente valutabili capaci di provocare una esaltazione del processo morboso, superano il grado che dovrebbe esser proprio alla dermatosi cui appartengono (elementi papulosi trasformati in vescicolosi, vescicolosi in pustolosi). Altre cause di errore possono essere la contemporaneità di dermatosi multiple nel medesimo soggetto e frequentemente il mutato aspetto della dermatosi per modificazioni, talvolta profondissime, indottevi dall'intervento di medicazioni locali inopportune. Tutte queste difficoltà diagnostiche, giovani carissimi, voi supererete affinando i vostri sensi nella diuturna, paziente, minutissima osservazione dei fenomeni morbosi su tutto l'àmbito cutaneo e sottoponendo ad una rigorosa valutazione critica tutto il quadro morboso che avrete studiato in tutta la sua completezza, anamnestica ed obbiettiva. Sarà necessario che simultaneamente all'abitudine di rigorosa e completa osservazione obbiettiva, acquistiate quella di saper descrivere con precisione ed arte tutte le alterazioni che la cute ammalata vi pone sott'occhio, così che la forma morbosa appaia evidente a chi legge o chi ascolta,

senza vederla; vi riuscirete con lungo esercizio nella compilazione delle storie cliniche dei vostri dermopatici. Naturalmente, per lo studio completo delle varie dermatosi parassitarie, è indispensabile abbiate anche un sufficiente corredo di cognizioni di parassitologia animale, di crittogamia e di batteriologia, che vi ponga in grado di sorprendere e riconoscere al microscopio, con tecnica appropriata, nei tessuti affetti, i parassiti patogeni della forma morbosa in esame e di ottenere anche — per quanto concerne gl'ipomiceti e gli schizomiceti — lo isolamento in colture pure, che permettano lo studio delle proprietà morfologiche e biologiche di ciascuno di essi. Tutte queste varie ricerche di isto-patologia e parassitologia applicata alla cute, il dermatologo deve poter agevolmente eseguire da sè medesimo, essendo comuni i casi che lo costringono a preparazioni estemporanee, a chiarimento ed illustrazione immediata della diagnosi clinica.

* * *

Con queste basi e questo metodo di studio, malgrado la sua giovane età, scientificamente nata appena alla fine del diciottesimo secolo, è innegabile che la Dermatologia, sopratutto in questi ultimi anni, ha compiuto progressi notevolissimi. In gran parte esaurito lo studio nosografico delle forme morbose e già molto innanzi in quello delle alterazioni istologiche nelle varie dermatosi, i cultori di questa branca speciale non sono rimasti estranei al grande e febbrile movimento stabilitosi in medicina sulla investigazione della causa prima dei singoli processi morbosi ed i risultati raggiunti possono esserci argomento di soddisfazione. Basta accennare al grado delle nostre attuali conoscenze sulle tubercolosi cutanee, nei rapporti etiologici e fisio-patologici, sulla lepra, rinoscleroma, morva, su tutte le dermatosi da dermatozoari, da piogeni, da ipomiceti, sulle sporotricosi, blastomicosi, streptotricosi, emisporosi, aspergillosi, oidiomicosi, endomicosi, botriomicosi... per vedere quanta via fu percorsa in dermatologia, anche dal punto di vista etiologico, rendendo possibile con la conoscenza precisa dell'elemento patogeno, la diagnosi sicura di dermatosi oscure ed avviando naturalmente alla giusta terapia di esse. Quanti casi di dermatosi nodulari, dermiche o ipodermiche, ad andamento abitualmente cronico, a tipo gommoso od ulceroso o verrucoso, considerati o sospettati per lo addietro di natura tubercolare o sifilitica, furono invece dimostrati, da recenti ricerche etiologiche, di ben altra natura e con quanto vantaggio dei poveri infermi è inutile dire!

La dermatologia fece anche grandi passi nella terapia, sopratutto in rapporto alle progredite conoscenze etiologiche ed all'applicazione alla cute di osservazione e di leggi tratte dallo studio di agenti fisici (*Fiusen* terapia, radio e radiumterapia, arsonvalizzazione, elioterapia...).

Se non che è d'uopo confessare che i grandi progressi nella etiologia e patogenesi dei processi morbosi cutanei si raggiunsero quasi esclusivamente nelle dermatosi parassitarie ed un gran numero di altre dermatosi permane oscuro. Di esse alcune sono dimostrate dalla Clinica indubbiamente infettive o parassitarie, ma ad elemento non svelato al microscopio e meno ancora isolato; altre invece, sebbene note nei loro più minuti particolari nosografici, possono considerarsi sino a quest'ora semplici sindromi cliniche, ignorandosene affatto la intima natura o rimanendo essa nel campo delle ipotesi, più o meno giustificabili. Sono precisamente queste ultime che obbligano più che mai lo specialista a rammentare che lo studio della cute non può e non deve andare disgiunta dallo studio completo di tutto l'organismo nei suoi singoli organi e nel complesso meccanismo delle funzioni e dei prodotti di ciascuno di essi, nel campo della fisiologia e della fisiopatologia. Questo studio, per i continui progressi della scienza, con la scoperta di fenomeni nuovi (basti citare quelli di reazione immunitaria e di anafilassi), apre nuovi orizzonti e nuove vie di ricerche. La serologia ed endocrinologia, applicate anche allo studio delle dermatosi, potranno condurre a risultati della più alta importanza etiologica e patogenetica. Anche le differenze individuali ed il diverso modo di reagire dei singoli organismi ad un medesimo stimolo, di pari natura ed intensità, che i dermatologi meglio che altri hanno occasione di constatare *de visu* tutti i giorni, potranno trovare in questo studio la spiegazione scientifica del fenomeno che appare misterioso. E potrebbe forse anche essere dimostrato che sindromi cliniche, che si credeva costituissero unità nosografiche assolutamente distinte, fossero invece il prodotto di una causa unica, cui rispondono fatti di reazione completamente dissimili. Tutto ciò è possibile e queste ipotesi debbono vieppiù stimolare il desiderio ed il bisogno nei dermatologi di approfondire lo studio completo dell'organismo ammalato; ma non giustifica la esortazione che da più parti ci sono rivolte ed anche, a dire il vero, da alcuni fra gli stessi dermatologi, di non più indugiarsi sulle osservazioni minute di morfologia cutanea che avrebbero perdute, per le ipotesi sopra cennate, ogni reale importanza. La conoscenza perfetta delle sindromi cliniche con le più fine particolarità morfologiche che la dermatologia ha fissate, attraverso ad una serie in-

numerevole di osservazioni rigorosamente controllate, costituisce un patrimonio prezioso che deve essere gelosamente conservato in tutta la sua integrità e non deve accadere che nel fervore della ricerca etiologica, senza dubbi di capitale importanza, si dimentichi o si oscuri il punto di partenza che ogni ricerca sperimentale deve avere nei problemi della clinica, che è la osservazione perfetta e completa della forma morbosa. Come si potrebbe a mo' d'esempio, approfondire lo studio etiologico e patogenico del lichen planus con tutte le ricerche di laboratorio che i progressi della medicina offrono per lo studio completo degli stati patologici dell'organismo, quando il dermatologo non fosse più sufficientemente edotto dei caratteri morfologici di quella dermatosi nelle sue localizzazioni cutanee e mucose, con tutte le varietà cliniche con cui essa può manifestarsi (lichen planus a piccoli o grandi elementi, lichen anulato, lichen corno, lichen atrofico...) e rimanesse dubbioso nella diagnosi clinica? E come del lichen planus può dirsi della psoriasi volgare, del pemfigo bolloso, e di tante altre dermatosi. Nè bisogna tacere che talora anche dalle sole particolarità obbiettive di una dermatosi, rilevate da occhio clinico esperto, si possono trarre elementi capaci di svelare o quanto meno di far sospettare la natura di essa. Accade così ad es. di alcune forme eruttive legate ad intolleranza di farmaci; l'eritema mercuriale, poniamo, assume caratteri che lo differenziano clinicamente da altri eritemi.

È certo che il dermatologo cui venisse a mancare la padronanza assoluta della morfologia cutanea, non avrebbe più alcuna ragione di essere, perchè non potrebbe più considerarsi fattore di progresso.

* * *

Vogliate perdonarmi, Signori, se mi sono forse un po' troppo indugiato in considerazioni sulla Dermatologia, che è una parte sola del nostro insegnamento e debbo perciò contenermi nei limiti assai angusti per quanto concerne la venereo-sifilografia. Ma per la sifilide specialmente, giovani carissimi, della quale sentite a parlare tutti i momenti e dovunque, in tutte le Cliniche sia generali che speciali, in tutte le ambulanze, in tutti gli anfiteatri di anatomia patologica, in tutti i nostri laboratori, ho giudicato che essa — nella vostra considerazione — occupa già un posto molto elevato e che se la Dermatologia doveva essere un po' meglio illustrata nei riguardi della sua importanza, dei suoi rapporti con la Medicina generale e del metodo secondo il quale debba essere studiata, non avrei avuto il bisogno di spender parole per mettere in luce la immensa importanza della Sifilografia e della venereologia, considerate nell'individuo, nella famiglia, nella collettività sociale. Debbo purnullameno affrettarmi a soggiungere che se la importanza della Sifilografia non ammette discussione e in tutti il convicimento ne è profondissimo — nei medici come non medici — sono ancor troppi pochi i sanitari che hanno studiato profondamente e con metodo questa gravissima multiforme infezione, dal suo primo esordire alle sue più remote conseguenze, attraverso i vari suoi periodi e le numerose e varie sue manifestazioni, superficiali o profonde, risolutive o distruttive. Troppi pregiudizi, troppi errori, troppe confusioni regnano tuttora, anche fra i medici, intorno alla sifilide.

Ed anzitutto non si dimentichi che la sifilide non può essere studiata e riconosciuta in tutte le sue manifestazioni cutanee e mucose — assai comuni — se non si abbiano cognizioni fondamentali sufficienti di dermatologia e di morfologia cutanea. È questa la ragione precipua perchè lo studio della sifilografia fu congiunto a quello della dermatologia e l'insegnamento di queste due branche speciali della medicina fu compreso in una Cattedra sola, malgrado che la estensione e la importanza di ciascuna di esse avrebbero consigliato a farne due insegnamenti distinti ed autonomi. L'esperimento fu fatto in qualche Università od in qualche Istituto Superiore, ma senza vantaggi degli studiosi e con danno palese degl'infermi, alcuni dei quali, con forme cutanee, passavano dal dermatologo al sifilografo e da questo a quello, senza riuscir mai a sapere con sicurezza se fossero affetti da una dermatosi comune ovvero da sifilide, poichè questo si esplica sulla cute precisamente coi medesimi segni grafici, le medesime lesioni elementari comuni alle dermatosi ordinarie (sifilodermi papulo-squamosi che mentiscono la psoriasi volgare, sovratutto nelle localizzazioni palmari e plantari; sifilodermi lichinoidi che simulano il lichen od anche chiazza di eczema lichinoide, ecc.). Che anzi la conoscenza della morfologia cutanea, che permetta osservazione ed apprezzamento sicuri di qualsiasi lesione della cute o delle mucose, con parvenza anche di cosa dappoco o con parvenza altrimenti mentitrice, è indispensabile per poter fissare, ad esempio, la diagnosi di alcune lesioni iniziali della sifilide, non comuni per sede o per tenuità veramente eccezionale di sintomi o per altre contingenze che ne modifichino profondamente lo aspetto; od anche per poter sorprendere semplici forme erosive delle mucose del periodo secondario, talvolta quasi inapprezzabili. Nel primo caso, si ha il vantaggio di scoprire la infezione nel suo esordire ed ini-

ziarne presto la cura; nel secondo, si trae argomento dal minuscolo segno per procedere ad un esame completo del soggetto, che condurrà ad affermare o negare l'infezione sifilitica e la necessità o meno di dar mano ad una terapia generale e locale, che guarendo rapidamente quella erosione, rende inoffensivo il paziente. *Non si può dunque essere sifilografi senza essere dermatologi.*

Va naturalmente inteso da sè che il sifilografo deve essere medico nel senso più largo della parola ed a lui spetta — negl'infermi che gli si affidano — il sacrosanto dovere di sorvegliare, durante le evoluzione della malattia, *non solamente che la cute e le mucose, come pur troppo generalmente suole farsi,* ma l'intero organismo: l'apparato riproduttore, il sistema cardio-vascolare, il fegato, l'intestino (più specialmente il retto), i reni, le ossa, le articolazioni e più ancora tutto il sistema nervoso centrale e periferico, tutte sedi assai comuni di localizzazioni luetiche, che di solito sono scoperte assai tardivamente nelle Cliniche o nelle sale Ospedaliere di medicina interna o di chirurgia o di neuropatologia o di psichiatria o di altre branche speciali, dove gl'infermi fecero ricorso, ignari affatto della natura della loro malattia e quando i guasti di essa erano già divenuti, spesso, irreparabili. L'assidua e completa sorveglianza del sifilografo sui suoi infermi avrebbe permesso di sorprendere quelle localizzazioni, anche le interne, nel loro inizio e di combatterle a tempo, efficacemente e vittoriosamente. Se non che, i fatti morbosi che possono insorgere in un sifilitico debbono essere vagliati con rigore di osservazione e di critica, affinchè non si cada nell'errore, nel quale pur troppo nella pratica corrente molti medici incorrono, i quali, pur che sappiano che l'ammalato contrasse un tempo la sifilide, di che certo bisogna tener conto, giudicano senz'altro che questa debba considerarsi la causa di tutto, quasi che un sifilitico non possa ammalarsi di ogni altra malattia ed iniziano subito una cura antiluetica e non di rado, piuttosto che sospenderla dinnanzi all'insuccesso terapico, la intensificano, nella fiducia di raggiungere così risultati migliori. Quante forme di tubercolosi della cute, quante forme nodulari lattinomicotiche, trificosiche od anche semplicemente infiammatorie croniche, quante forme decalvanti del capillizio da pseudo-arce o processi similari, quante psoriasi volgari, quanti lichen — e la enumerazione non si arresterebbe qui — furono lungamente, e inutilmente, dannosamente curati quali manifestazioni della sifilide, sol perchè l'infermo era od era stato sifilitico od anche aveva affermato di averne un vago sospetto!

(*Continua*)

LAVORI ORIGINALI.

LABORATORIO D'IGIENE
DEI COMUNI DELLA PROVINCIA DI AREZZO.

Reperto di speciali corpuscoli nel tifo esantematico

per il dott. GIUSEPPE FICAI, direttore.

Le epidemie di tifo esantematico manifestatesi in Europa in questo ultimo quinquennio destarono l'attenzione di numerosissimi studiosi, i quali hanno portato un larghissimo contributo di osservazioni, alcune del tutto nuove ed importanti. La letteratura sul dermotifo è divenuta ormai estesissima: basti ricordare quanto è stato pubblicato sulla relazione di Weil-Felix e sulle lesioni delle arteriole precapillari, poste in evidenza da E. Fraenkel.

Sebbene sia confermato in modo ormai indiscutibile che il tifo esantematico è trasmesso da uomo ad uomo mediante il pidocchio delle vesti, il quale non funge semplicemente come agente meccanico di trasmissione, poichè in esso avviene una speciale fase evolutiva ed una moltiplicazione del virus, pure sulla etilogia di questa infezione regna grande oscurità.

Non è qui luogo di intrattenersi sui varii microrganismi descritti come agenti etiologici del dermotifo, del quale nessuno ha retto alle ulteriori critiche. Soltanto la scoperta della *Rickettsia Prowazeki* costituisce uno dei fatti più notevoli nel campo della istologia dei pidocchi infetti; però ancora oscuro ne è il significato biologico ed etiologico.

Allorchè nel 1919 si manifestò in questa regione una epidemia di dermotifo tra prigionieri di guerra, potei studiare circa cento ammalati ed in essi controllare in primo luogo il valore diagnostico della reazione di Weil-Felix. Di più da alcuni ammalati catturai pidocchi che sottoposti a ricerche istologiche insieme ad altri pidocchi nutriti sistematicamente sui malati stessi. Le indagini istologiche sui pidocchi infetti, dirette alla ricerca della *Rickettsia Prowazki,* furono infruttuose. Però durante questi esami riscontrai nelle cellule epiteliali dello stomaco dei soli pidocchi infetti, corpuscoli rotondi, di differente grandezza, la minima di due *micron*, la massima cinque *micron*. I più piccoli presentano struttura quasi omogenea; invece nei più grandi si osservano contenuti corpuscoli rotondi, in numero di quattro o cinque. In essi la sostanza avvolgente si colora con il Giemsa intensamente in azzurro, mentre i corpuscoletti interni sono ben differenziati e di tonalità molto più pallida.

Altri corpuscoli di grandezza di circa quattro *micron* presentano contorno bluastro, contenuto

poco colorato ed al centro un corpicciuolo, quasi come un nucleo, talvolta bilobato o trilobato, di colorito bleu scuro (Giemsa). In conclusione i corpuscoli riscontrati nei pidocchi infetti si riducono a due forme, l'una piccola, a struttura omogenea, l'altra più grande, nella quale si possono osservare:

a) Corpuscoli secondari rotondi, fino al numero di 5 di eguale grandezza;

b) Un unico corpuscolo centrale, talora bilobato ed anche trilobato.

Nello stesso pidocchio infetto non mi è riuscito riscontrare le due forme dei corpuscoli più grandi.

Le indagini giunte a questo punto non poterono essere proseguite perchè i casi di dermotifo erano cessati ed avevo ormai esaurito tutti i pidocchi infetti, i cui esami istologici avevano richiesto assai lungo lavoro.

Rivolsi allora l'attenzione agli organi prelevati all'autopsia di dermotifosi, particolarmente di due, morti nell'acme della malattia, che avevano presentata una sindrome clinica imponentissima. Nella sostanza grigia della corteccia cerebrale e cerebellare avevo riscontrato all'autopsia numerosi focolai emorragici puntiformi; rarissimi li riscontrai nella sostanza grigia dei nuclei centrali. Nella sostanza bianca non ne trovai alcuno, però quivi erano evidenti striature rossastre filiformi, dovute a replezione dei capillari. Gli encefali, al momento dell'autopsia, erano stati posti in liquido del Müller; dopo più di un mese furono sezionati e passati in formolo; infine vennero prelevati in varie regioni pezzetti che subirono il passaggio nei varii alcools e poi furono inclusi in paraffina.

I pezzetti per l'esame istologico li prelevai tanto in vicinanza delle zone corticali, cerebrale e cerebellare, ove evidenti erano le lesioni vascolari, quanto nelle zone indenni da lesioni macroscopiche. Nelle prime sezioni colorate con ematossilina-eosina riscontrai le lesioni vascolari note. In altre sezioni colorate con il Giemsa, previo passaggio prima in alcool iodato e poi in bisolfato sodico, riscontrai *entro le grandi cellule nervose corticali e dei nuclei della base* numerosi corpuscoli rotondi, ben differenziati, contenuti nel protoplasma cellure, per lo più ad un estremo della stessa cellula nervosa.

Corpuscoli identici trovai pure extracellulari: questi però di preferenza all'intorno dei capillari ed anche all'interno dei capillari stessi, ove si trovano ammassati in modo da ostruire il lume vasale per una piccola altezza. Questi corpuscoli hanno un diametro di 2-3 *micron* e presentano la parte periferica più intensamente colorata di quella centrale. Corpuscoli di maggiore dimensione (6-8 *micron*) rotondi o leggermente ovoidali, trovai pure extra ed intracellulari. In questo ultimo caso la cellula nervosa ne contiene solo due o tre. Essi però presentano una maggiore differenziazione, contengono cioè corpuscoli secondari fino ad un numero di 4 o 5, di aspetto del tutto identico a quelli descritti sopra nelle cellule epiteliali dello stomaco dei pidocchi infetti. Con maggiore frequenza ho riscontrato entro le cellule nervose i corpuscoli di grandezza minima. Nel cervelletto pure si osservano per lo più all'intorno dei capillari; non mi è stato possibile ritrovarli entro le cellule del Purkinje. In fine, solo nell'encefalo mi è stato possibile, con non scarsa frequenza, ritrovare, unicamente extracellulari, corpuscoli di massima grandezza, cioè del diametro di 12-15 *micron*. Questi sono per lo più rotondi, raramente ovoidali e presentano ben differenziati, sia per colorazione sia per contorni, anche dieci corpuscoli secondari rotondi, che hanno grande analogia morfologica con i corpuscoli del Negri nella rabbia.

Per porre in evidenza questi elementi corrispondono bene tanto il liquido del Giemsa, quanto il bleu policromo di Unna e la miscela triacida Ehrlisch-Pappenheim.

Anche nell'encefalo di cavie infette con il virus del tifo esantematico ho osservato corpuscoli analoghi a quelli riscontrati nel pidocchio infetto e nell'encefalo di dermotifosi. Però essendo fino ad oggi i miei reperti su questo punto poco dimostrativi, mi attengo al massimo riserbo. Quello che mi è resultato in modo netto è la presenza, tanto nelle cellule epiteliali dello stomaco del pidocchio infetto, quanto nell'encefalo di tifosi esantematici, di corpuscoli di grandezze differenti, che possono essere ridotte a tre: minima, media e massima. I corpuscoli di massima grandezza (che ho riscontrati solo nell'encefalo umano) sono extracellulari; mentre quelli di media grandezza possono essere, sebbene raramente, intracellulari; quelli piccoli sono intracellulari, pericapillari e intracapillari.

In questa nota per ragioni indipendenti dalla mia volontà, non posso riportare i disegni dei preparati istologici più dimostrativi, tanto più che intendo completare gli esami del materiale che vado raccogliendo e che mi riserbo di illustrare in una prossima pubblicazione.

È superfluo che io accenni ai controlli eseguiti: infatti in sezioni di encefali d'individui morti per diverse malattie, tra le quali un caso di meningite da meningococco, ed uno di meningite da streptococco mucoso, non mi è stato possibile ritrovare elementi analoghi a quelli riscontrati nell'encefalo di tifosi esantemetici. Non posso escludere che i corpuscoli osservati nell'encefalo si ritrovino pure in altri organi (fegato e

milza); però i reperti ottenuti non mi sono resultati sino ad oggi evidenti.

Ogni discussione sulla interpretazione dei corpuscoli da me osservati nei pidocchi infetti e nell'encefalo di dermotifosi (del quale reperto non ho trovato menzione alcuna nella bibliografia relativa a questa malattia) è del tutto prematura. Soltanto si può dire che sebbene sia ancora discussa la filtrabilità del virus del tifo esantematico, pure questo concetto non esclude necessariamente quello di visibilità. Si conoscono virus capaci di passare attraverso i filtri, che si accompagnano, in modo categoricamente specifico, alla presenza in varii organi dell'animale infetto, di speciali elementi che da alcuni sono ritenuti essere l'agente infettante in uno speciale stadio del suo ciclo biologico (corpuscoli del Negri, del Guarnieri, del Borrel, del Provazek, ecc.).

A me è apparso interessante richiamare l'attenzione degli studiosi che dispongono di materiale di autopsia di tifosi esantematici, particolarmente di *individui morti nell'acme della malattia*, sui corpuscoli sopra descritti, dei quali, come ho detto, riferirò tra breve con maggiori dettagli e con illustrazioni.

Dicembre 1919.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Edema della laringe in donna gravida

per il prof. Santi Pusateri (1).

L'edema acuto della laringe, nonostante molte volte sia sintomatico di altre lesioni, ha meritato nei trattati un capitolo a parte per l'importanza della sede in cui si svolge, e per le non rare complicazioni rapidamente mortali cui può dar luogo.

Sintoma più saliente di questa malattia è la difficoltà respiratoria che acquista sovente una grande intensità, e può accompagnarsi ad accessi di soffocazione, i quali di solito leggieri al mattino o durante la giornata, si presentano molto più gravi in ispecial modo alla sera o nella notte. Durante tali accessi l'ammalato può morire di asfissia od in mezzo a generali convulsioni, ed anche quando arrivi a superare l'accesso asfittico non è raro che succeda uno stadio comatoso con tutti i sintomi della narcosi carbonica, che inesorabilmente uccide.

La prognosi della laringite edematosa se non è in modo assoluto sempre grave, è tuttavia molto riservata, perchè bisogna sempre dubitare di una fine fatale.

Le risorse terapeutiche d'indole medica (purganti, revulsivi cutanei, sanguisugio alla laringe, inalazioni aromatiche ed antisettiche, polverizzazioni astringenti, ecc.), sono dei buoni mezzi di trattamento, sui quali però non è da riporre intera fiducia, perchè il più delle volte non bastano. Dei mezzi chirurgici i tentativi d'intervento sul territorio edematoso per le vie naturali, quando sono possibili (le scarificazioni, le galvanocauterizzazioni, l'asportazione di una parte della mucosa edematosa), da molti autori sono considerati come di efficacia dubbia, dannosi per il trauma che determinano e per le ulcerazioni che lasciano al loro seguito, che possono costituire delle porte d'entrata all'infezione, ed anche pericolosi potendo determinare degli spasmi mortali. Ultima risorsa rimane la tracheotomia o la intubazione. La maggior parte degli autori sono fautori della tracheotomia, che consigliano di eseguire non appena si manifestano gli accessi asfittici, al doppio scopo di salvare il malato permettendogli di respirare, e di lasciare a riposo l'organo infiltrato, favorendo la risoluzione della malattia. Essi respingono l'intubazione della glottide come difficile ad applicare e forse anche dannosa se l'operatore non ha una grande pratica di questo processo: questa inoltre darebbe una sicurezza ingannatrice, perchè è sovente accompagnata dalla espulsione del tubo in un accesso spasmodico od in un accesso di tosse, e la morte rapida può esser la conseguenza di tale espulsione intempestiva. Non mancano infine autori, i quali hanno acquistato una grande pratica della intubazione, i quali sono fautori di questo processo, pur non escludendo la indicazione della tracheotomia, la quale può rendersi necessaria in forma urgentissima.

La clinica ha dimostrato che le malattie infettive acute: morbillo, scarlattina, vajolo, tifo, febbre ricorrente, influenza, tosse convulsiva, ecc., hanno generalmente in gravidanza un decorso più grave, specialmente se si svolgono nei mesi ultimi. Così la mortalità della polmonite in gravidanza dal 18 % nei primi sei mesi, sale al 37 % negli ultimi tre mesi.

L'edema acuto laringeo che è una malattia grave quando si manifesta in donna non gravida, si rende ancor più grave quando sopravviene nella donna in gestazione come lesione secondaria a molte delle malattie sopra cennate: e ciò a causa delle particolari condizioni in cui la donna viene a trovarsi per la gravidanza stessa. Difatti per le esigenze della gravidanza della donna sana l'iperattività funzionale degli organi, pur mantenendosi nei limiti fisiologici, viene spinta al-

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo il 29 novembre 1919.

l'estremo limite della sua capacità. D'altro canto via via che l'utero va inalzandosi nella cavità addominale, spinge in alto la cupola del diaframma, per cui, trovandosi questo muscolo inceppato nella sua funzione per l'ostacolo alle sue incursioni, il respiro deve farsi più frequente: ciò basterebbe a spiegarci come le dispnea venga in iscema con maggiore intensità nelle malattie dell'albero respiratorio in gravidanza.

Altri fattori però concorrono a provocare la dispnea, tra i quali i facili edemi polmonari, la maggiore eliminazione di acido carbonico ed il maggior bisogno di ossigeno della gravida, e non ultimo fattore lo stato idroemico generale. Similmente questi tre fattori, legati allo stato di gravidanza, concorrendo ad aggravare l'edema laringeo, tanto più se esso sopravviene nell'ultimo periodo della gestazione. Difatti il polmone, di già chiamato ad un eccesso di lavoro ed ostacolato nella sua funzione, col sopravvenire dell'edema laringeo si troverà sprovvisto di mezzi di resistenza nella lotta contro l'ostacolo respiratorio della laringe, e la dispnea si manifesterà più precocemente e rapidamente si aggraverà. Lo stato di idroemia gravidica, inoltre, favorirà il diffondersi della infiltrazione edematosa della mucosa laringea, rendendone più difficile la facoltà di riassorbimento spontaneo, ed allontanando le probabilità di favorevole risultato delle cure mediche e chirurgiche sul territorio edematoso.

E' ovvio che l'edema laringeo debba a sua volta influenzare sfavorevolmente il decorso della gravidanza. Difatti gli accessi asfittici non tarderanno a sopraggiungere, rendendosi più gravi e più frequenti e provocando la cianosi della madre. Conseguiranno le turbe della respirazione placentare del feto, e la morte per asfissia di questo, tanto più rapida quanto più avanzato in maturità esso si trovi.

Appare quindi evidente come in tali casi si richiedano decisioni pronte ed energiche ai fini di salvare la madre ed il feto, potendo ogni incertezza ed ogni attesa essere causa della morte di due esseri. Mi sia concesso di riferire brevemente il seguente caso clinico.

Donna di anni 30. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Ebbe due gravidanze a termine dando alla luce due bambine che furono sempre sane.

Ora è gravida per la terza volta al 9° mese compiuto. Alcuni giorni prima essendosi le due bambine ammalate di leggiera scarlattina la donna si trasferì in casa di parenti per partorirvi.

Nell'attesa che si iniziasse il travaglio del parto essa una mattina cominciò ad avvertire un leggiero grado di dispnea, e verso le quattro pomeridiane venne colta per qualche minuto da un accesso asfittico che mise in grave costernazione i famigliari. Venni invitato di grande urgenza a visitarla. Trovai che la donna, rientrata in uno stato di calma, era lievemente dispnoica: aveva costituzione robusta, nutrizione ottima. Notavasi leggiera elevazione febbrile, non erano esantemi. L'ostetrico che l'aveva visitata nella giornata aveva constatato dilatazione del collo uterino al suo inizio, battiti cardiaci fetali normali, presentazione del vertice. L'esame locale con la faringolaringoscopia faceva rilevare edema acuto diffuso della laringe. Nonostante l'assenza dell'esantema giudicai la lesione laringea secondaria ad angina scarlattinosa.

Comunicai ai famigliari la gravità del caso, ed espressi il parere che non si indugiasse a praticare il vuotamento dell'utero o la tracheotomia. Nè l'una, nè l'altra delle indicazioni essendo state accettate, nel dubbio che gli accessi asfittici potessero ripetersi più gravi durante la sera o nella notte, feci considerare l'opportunità che l'ostetrico ed il chirurgo rimanessero vicini all'ammalata, pronti ad un intervento attivo.

Durante la notte le crisi di asfissia si ripeterono molto più violente. Fu tentata ripetutamente l'intubazione, la quale non riuscì possibile. La mattina seguente l'ostetrico trovò che il feto era già morto, ed eseguì il vuotamento dell'utero. Ma i disturbi dovuti alla lesione laringea persistettero quasi immutati, onde si procedette ancora alla intubazione, la quale questa volta riuscì ma si dimostrò insufficiente. Venne allora eseguita la tracheotomia, dopo la quale nonstante la respirazione fosse divenuta più libera, l'ammalata andò rapidamente peggiorando, e nel pomeriggio stesso entrata in coma cessò di vivere.

Il doppio intervento fatto in un primo tempo poteva salvare certamente il feto e forse anche la madre, in un secondo tempo la doppia indicazione fallì anche per la madre per la carbonizzazione del sangue.

Il caso clinico si presta a delle considerazioni d'indole terapeutica. Date le condizioni sfavorevoli in cui viene a trovarsi la donna per la gravidanza al sopravvenire dell'edema acuto laringeo, poco è da sperare dalle risorse d'indole medica o da quelle chirurgiche dirette sul territorio edematoso: onde non rimane che da ricorrere ai mezzi chirurgici energici, la intubazione e la tracheotomia. Nonostante gli elementi che stanno contro la intubazione, se l'operatore non ha una vera e grande pratica di questo processo, si deve consigliarla come primo tentativo appena si siano manifestati i primi accessi asfittici, pronti sempre, qualora questa non riesca o si dimostri insufficiente, a far seguire immediatamente la tracheotomia.

Nell'edema acuto laringeo in gravidanza è da considerare l'opportunità del parto prematuro come mezzo curativo della lesione laringea?

Gli ostetrici ammettono l'indicazione del parto prematuro provocato in causa di malattie materne in quei casi in cui si spera di migliorare il decorso di una malattia con l'interruzione della gravidanza. Così nei tumori, nell'idramnios, nelle

gravidanze multiple, nelle malattie polmonari, nello struma, che per effetto della gravidanza rendendosi troppo voluminoso può provocare compressione della trachea, dispnea ed asfissia.

Similmente nell'edema laringeo acuto, trattandosi di una grave lesione dell'albero respiratorio la cui prognosi è molto riservata, dovendosi sempre dubitare di una fine fatale (onde è sempre a temere ad un tempo la morte della madre e del feto), tenuto conto che essendo entrata la gravidanza nel suo secondo periodo ci troviamo da un lato di fronte ad un feto maturo, e dall'altro l'influenza sfavorevole meccanica esercitata dall'utero sul torace è al massimo grado di sviluppo, credo si sia autorizzati a vuotar subito l'utero al doppio scopo di assicurare la vita del feto, e di migliorare lo stato generale della madre e quello locale della lesione laringea, per il salasso naturale del parto e per la ossigenazione rapida del sangue materno.

Palermo, gennaio 1920.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta contro il gozzo endemico in Italia.

In uno degli ultimi fascicoli del *Policlinico* è apparso sotto questa rubrica un notevole articolo del prof. Giacomo Pighini del Frenocomio di Reggio Emilia (1), nel quale giustamente si richiama l'attenzione degli studiosi e delle Autorità Sanitarie su una questione di grande importanza sociale, quale è quella della profilassi del gozzo endemico in Italia. È questa infatti una malattia assai diffusa nel nostro paese, specialmente in certe regioni montuose, malattia di indubbia gravità non solo perchè di serio pregiudizio alla salute dei singoli individui che ne sono colpiti, ma anche per le conseguenze dannose che si manifestano nella loro prole (cretinismo), tanto che sotto questo riguardo si può con ragione affermare che il gozzo endemico costituisce un pericolo non indifferente per l'avvenire e per la prosperità della nostra razza.

Alla lucida ed esauriente relazione del prof. Pighini, cui non mancherà l'approvazione di tutti quanti in Italia hanno a cuore i problemi d'igiene sanitaria, mi sia consentito di aggiungere queste brevi considerazioni, allo scopo di ribadire alcuni concetti fondamentali relativamente alla importante questione. Al che mi sento autorizzato dal fatto che fin dal 1911 mi occupai dell'argomento, facendone oggetto di studio sperimentale sui ratti con una serie di ricerche, i cui risultati comunicai alla Società Medico-Chirurgica di Bologna in una adunanza scientifica del gennaio 1914.

(1) PIGHINI. *Per la profilassi del gozzo endemico in Italia.* « Il Policlinico », Sezione pratica, 1919, fasc. 43, pag. 1267.

Senza aver la pretesa di concretare ed enunciare qui un programma di azione organico e completo di lotta contro il gozzismo — chè questo è còmpito riservato a persone più autorevoli e competenti di me — pure tengo ad esprimere questa mia convinzione che se si vorranno raggiungere in tale campo risultati veramente utili ed importanti, occorre avere di mira due obbiettivi principali: 1) promuovere e favorire ogni genere di studi e di ricerche scientifiche dirette ad investigare l'eziologia ancora oscura del gozzo endemico, non che a definirne meglio il quadro morboso e nello stesso tempo a fissarne il metodo più efficace di cura; 2) applicare razionalmente ed energicamente nei luoghi in cui il gozzo è endemico, le norme di profilassi e di terapia già acquisite alla scienza dagli studi precedenti e quelle che in avvenire potranno essere consigliate da nuovi lavori sull'argomento. Su questi due capisaldi s'impernia secondo noi la lotta contro il gozzismo: cercare da un lato di scoprire le cause determinanti della malattia, stabilirne dall'altro la profilassi e la cura: e però mi sia permesso di fare un breve cenno di entrambi questi argomenti.

I. Quale sia l'*eziologia* del gozzo endemico non è per anco noto in modo chiaro e preciso. Non v'è dubbio che la teoria, la quale ha riscosso in passato e riscuote tuttora maggior credito, è la teoria « idrica », secondo la quale la causa dello struma sarebbe da ricercarsi in un « quid » ignoto contenuto nelle acque potabili di determinate regioni, in cui la malattia è diffusa in forma endemica. Questa è l'ipotesi accettata dalla maggior parte degli Autori ed è pure la più antica, perchè ci fu tramandata dagli scritti di Plinio il vecchio, il quale per primo accenna all'esistenza di fonti strumigene in Italia. Tuttavia tale concezione è stata combattuta con argomenti di valore non trascurabile da parte di varî scienziati, fra i quali — per non citare che i principali — dal Grassi, che ammette che la causa prima del gozzo risieda nella quantità insufficiente di iodio contenuta nell'ambiente esterno e particolarmente nella polvere atmosferica; da Taussig e Kutschera, che pensano trattarsi di un'infezione vera e propria che si trasmetterebbe da un individuo ad un altro per contatto; da Mac Carrison che attribuisce il gozzo all'azione nociva di tossine prodotte da uno speciale microorganismo che alberga nell'intestino umano; dall'Arcangeli infine, che propende a considerare il gozzo come una malattia contagiosa determinata

da protozoi e trasmissibile per mezzo di un ospite intermedio (cimice letterecia).

Negli ultimi anni precedenti all'inizio della guerra apparve nella letteratura medica, specialmente tedesca, un numero notevole di lavori sperimentali sul gozzo degli animali, specie dei ratti, i cui risultati interpretati in vario senso hanno contribuito ad accendere nuove e vivaci discussioni sulla genesi di questa forma morbosa. È stato sopra tutto merito del Wilms (1910) e del Bircher di essere riusciti a riprodurre sperimentalmente un ingrossamento della tiroide nei topi bianchi, facendoli vivere in località infestate dal gozzo ed abbeverandoli con le stesse acque usate da quelle popolazioni. Queste interessanti ricerche io ebbi cura di ripetere ad un anno appena di distanza del Wilms con risultati che mi parvero decisamente positivi. Avendo infatti mantenuto parecchi ratti nella casa di una famiglia di gozzuti dimorante in un villaggio dell'Appennino Bolognese, riscontrai in tutti dopo alcuni mesi un grado variabile di tumefazione della tiroide, cui corrispondeva istologicamente un'iperplasia diffusa della ghiandola stessa. I risultati di queste mie esperienze con le relative fotografie e con l'illustrazione dei reperti microscopici furono da me raccolti in una breve memoria pubblicata nel gennaio 1914 nell'« Archivio di Farmacologia sperimentale e Scienze affini », cui rimando il lettore che avesse desiderio di più ampie delucidazioni in proposito.

Dall'esito di queste ricerche fui tratto a conchiudere sulla guida di Wilms e di Bircher che la causa dello struma dei ratti, e conseguentemente dell'uomo, dovesse risiedere nell'acqua, con cui quelli erano stati abbeverati, opinione pure condivisa da Répin, Blauel e Reich, Messerli, ecc. Se non che da altri esperimentatori contemporanei e massimamente da Dieterle, Hirschfeld e Klinger, i quali ottennero pure facilmente la riproduzione del gozzo in una grande percentuale di topi sottoposti alle stesse condizioni nostre di esperimento, fu avanzato il dubbio che piuttosto che all'acqua, l'ingrossamento della tiroide riscontrato in questi animali dovesse attribuirsi alle cattive condizioni d'ambiente, in cui erano stati lungo tempo mantenuti e che sono poi le medesime in cui vivono tante povere famiglie di gozzuti. E così l'esperimento anzichè definire il punto più controverso della questione cioè quello relativo alla causa prima determinante del gozzo, lascia aperto il dibattito, per quanto a noi sembri che ricerche condotte su più vasta scala e con metodo rigorosamente scientifico dovrebbero condurre almeno ad ammettere o ad escludere l'influenza dell'acqua nella genesi dell'affezione in discorso.

Contemporaneamente alle indagini rivolte ad investigare le origini del morbo sarebbe opportuno estendere ed intensificare le ricerche al campo clinico per meglio studiare, sulla scorta di nuove e più estese osservazioni, la fenomenologia e il decorso del gozzo nonchè delle manifestazioni annesse (mixedema, cretinismo endemico), fissare i principali tipi nosologici, indagare le conseguenze sui discendenti e provare con saggi criteri i mezzi terapeutici più adatti, vagliandone con critica obbiettiva gli effetti immediati e lontani.

È naturale che per tradurre in atto un piano d'azione consimile occorrono non solo persone competenti, ma anche e sopra tutto larghi mezzi materiali e finanziarî, i quali possono essere solamente forniti dallo Stato e dalle Autorità sanitarie preposte alla tutela della pubblica salute, delle quali pertanto noi qui cerchiamo di attirare l'attenzione, affinchè ne seguano provvedimenti adeguati nell'interesse comune.

II. Il secondo punto da prendersi in considerazione nella lotta contro il gozzo endemico è d'ordine essenzialmente pratico e dovrebbe consistere, come già sopra abbiamo accennato, nell'applicazione di tutte le *norme profilattiche e terapeutiche* che discendono come altrettanti corollari dalle attuali conoscenze scientifiche in materia.

Per attuare questo programma altamente umanitario occorrerebbe anzitutto, a nostro avviso, procedere alla raccolta di esatti dati statistici relativamente alla estensione del gozzo nel nostro paese. Attualmente noi ignoriamo la cifra totale dei gozzuti e dei cretini esistenti in Italia e ben poco sappiamo sulla loro distribuzione nelle diverse provincie del Regno.

In base a calcoli molto approssimativi, il Pighini ritiene che un buon *trentesimo* della popolazione italiana si possa considerare affetta dal gozzo o dalle manifestazioni annesse, proporzione veramente enorme che è sufficiente di per sè a dare un'idea della vastità e gravità del problema che abbiamo dinanzi.

È ovvio che un tale censimento richiederà molto tempo, ma non sarà difficile venirne a capo, qualora se ne affidi l'incarico a speciali Commissioni ben organizzate in ogni singola regione d'Italia, le quali potranno rivolgersi con grande vantaggio per notizie ed indicazioni, ai medici condotti dei diversi Comuni. Ciò che io tentai di fare da solo nel 1912 per la zona montuosa della Provincia di Bologna, ma senza giungere a risultati concludenti, trattandosi di un còmpito che presto si palesò superiore alle mie forze.

Una volta in possesso di questi dati statistici

e ben stabilita la distribuzione geografica del gozzo in Italia, si potrebbe senz'altro iniziare l'opera di soccorso a favore delle popolazioni maggiormente colpite dalla malattia sia nei riguardi della profilassi, sia nei riguardi della cura.

Per quanto concerne la prima, sarebbe indispensabile provvedere al miglioramento in genere delle condizioni d'ambiente, in cui trascinano la loro grama esistenza quasi tutte le famiglie dei gozzuti, sopratutto nei villaggi e casolari alpestri, condizioni le quali sono nel maggior numero dei casi contrarie alle regole della più elementare igiene domestica. S'impone in speciale modo la sistemazione delle sorgenti di acqua potabile, giacchè è ancora assai fondato il sospetto che l'acqua sia il veicolo di quel « quid » ancora ignoto, cui è imputabile la causa prima del gozzo. La letteratura scientifica riporta parecchi esempi che dimostrano l'efficacia di simili provvedimenti: l'istituzione di nuove fonti di acqua potabile in certi centri notoriamente gozzigeni avrebbe avuto per effetto la scomparsa della malattia in rapido volgere di tempo. Così Bircher cita il villaggio di Ruppers-will in Argovia, nel quale dopo la distribuzione di nuove acque provenienti da una regione in cui il gozzo era sconosciuto, la percentuale dei gozzuti scese in pochi anni dal 59 % al 25 %. Tipico sarebbe pure il caso di Bozel nella Tarantasia, dove nel 1845 si contavano sopra 1472 abitanti 900 gozzuti e 300 cretini, mentre che derivata l'acqua dalla sorgente di Saint-Bon, il numero dei portatori di gozzo diminuì rapidamente, tanto che oggidì non si riscontra in quei luoghi che qualche raro abitante con ingrossamento della tiroide.

Relativamente ai soccorsi terapeutici da prestare agli individui già affetti da gozzo, è nozione di dominio universale l'utilità della somministrazione dell'iodio sotto forma di sali alcalini nello struma semplice, sotto forma di tiroidina nel mixedema e nel cretinismo. L'efficacia di questo medicamento fu posta in chiara luce fin dal principio del secolo scorso specialmente in Francia per opera del Coindet (1820). E non è privo di interesse il ricordare a questo riguardo come già prima d'allora si adoperasse in molti luoghi empiricamente la polvere di spugna calcinata, la quale appunto agisce per le tenui quantità di iodio che contiene: usanza questa che io ho trovato ancora assai diffusa in molte famiglie di gozzuti nell'Appennino Bolognese.

Ora viene fatto di domandarci: perchè a questi infelici non si insegna dai medici che molto più efficace di un pizzico di cenere di spugna presa di quando in quando, Dio sa come, può riuscire invece una buona cura iodica, fatta sia con la somministrazione di soluzioni saline per bocca, sia con iniezioni ipodermiche iodo-iodurate, sia anche in certi casi con iniezioni interparenchimatose nella ghiandola stessa di una soluzione di tintura di iodio o di ioduro di potassio, come raccomanda Luton?

Diffondere la conoscenza di questi rimedi non solo fra il popolo, ma divulgarla anche presso i medici condotti mediante giornali, riviste e altri mezzi opportuni di propaganda — assicurare ai poveri le cure necessarie, con la distribuzione gratuita dei medicinali, così come si è fatto per la tubercolosi, per la malaria e per altre infezioni — ecco la via più semplice e pratica che ci si presenta per raggiungere in questo campo risultati rapidi e vantaggi cospicui.

***

Tale è nelle sue linee generali il programma vasto e complesso, quant'altro mai, che si impone alla nostra considerazione; ma come tradurlo in pratica? Abbiamo già accennato di sfuggita ai mezzi che a noi paiono più convenienti per ampliare anzitutto le nostre conoscenze intorno alla eziologia, alla patologia e alla terapia del gozzo e qui aggiungiamo che si affaccia la opportunità di promuovere convegni e riunioni fra gli studiosi dell'argomento al fine di portare in discussione i risultati delle ricerche individuali e dall'esame critico di esse trarre nuove conclusioni d'ordine scientifico e pratico.

L'applicazione invece delle norme profilattiche e terapeutiche spetta esclusivamente alle Autorità sanitarie e in particolar modo alla Direzione generale di Sanità, della quale appunto il prof. Pighini con il suo recente articolo ha cercato di svegliare l'attenzione. E pare a noi non si dovrebbe esitare a far fronte a queste nuove imperiose necessità, trattandosi del bene di una gran parte della nostra popolazione più misera, sia destinando a tal uopo speciali somme, sia distraendole — come suggerisce il Pighini — dai fondi stanziati per combattere la pellagra, la quale fortunatamente va scomparendo dal nostro paese.

Ma qualunque siano i provvedimenti che l'Autorità competente abbia in animo di adottare, è necessario che la lotta contro il gozzismo si inizii presto e con metodi saggi e razionali. Oggi che con la guerra sono scomparse tante giovani esistenze, è dovere sociale tutelare e difendere la nostra razza da tutte le insidie dei mali, affinchè cresca sana e vigorosa; e però a salvaguardia di essa debbono essere rivolte tutte le cure che la igiene moderna può consigliare.

Bologna, 15 dicembre 1919.

Dott. GIOVANNI CAVINA.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La permeabilità dei vasi.

(F. BAUR e B. ASCHNER. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 50, 1919).

Molti sono i fenomeni morbosi, i quali vengono generalmente attribuiti ad un'abnorme permeabilità delle pareti vasali. Così si spiegano in special modo diversi stati di diatesi emorragica e di formazione di edemi, ammettendo una lesione degli endoteli dei capillari, lesione di nautra tossica o trofica. Se tale concezione è esatta, devono necessariamente esistere 2 forme di permeabilità abnorme dei vasi, ben distinte fra loro: 1° la forma, nella quale degli elementi cellulari emigrano dai vasi; 2° la forma nella quale il solo plasma abbandona il torrente sanguigno. Nella 1ª forma, origine di tutte le diatesi emorragiche, si tratta probabilmente di un'insufficienza della sostanza intercellulare che cementa gli endoteli dei capillari; rimangono in tal modo aperti tra le singole cellule endoteliali degli ostii, attraverso i quali possono passare gli elementi formati del sangue. Nella 2ª forma non si tratta della presenza di ostii, ma di un'alterazione di permeabilità, di natura fisico-chimica, degli endoteli della sostanza intercellulare, dei capillari. A questa 2ª forma, importante per lo studio della patogenesi degli edemi, gli AA. hanno rivolto la loro attenzione, cercando di stabilire sperimentalmente: 1° se sia possibile dimostrare in alcuni individui un'abnorme permeabilità delle pareti vasali; 2° in quali condizioni patologiche essa si manifesti; 3° quale rapporto esista tra l'aumentata permeabilità e la manifestazione morbosa che generalmente ad essa si attribuisce.

Nelle esperienze eseguite onde poter risolvere la 1ª domanda, gli AA. hanno usato la tecnica e il metodo seguenti:

All'individuo in esame si pratica un'infusione endovenosa di 500-550 cmc. di soluzione cloruro-sodica al 0,85 %; il tempo necessario per tale infusione è di 4-8 minuti. Immediatamente prima, come pure 4-6 minuti dopo dell'infusione, si estrae all'individuo una piccola quantità di sangue. In tutti e due questi campioni di sangue si stabilisce col medoto refrattometrico il contenuto del siero in proteidi, e col metodo jodometrico di Mc. Lean e Slyke il contenuto di esso in cloruro di sodio. Giunti a questo punto, si arriva a conoscere il grado della permeabilità vasale dell'individuo all'acqua per mezzo di un calcolo indiretto: la determinazione refrattometrica del contenuto in proteidi del siero sanguigno, è stata cioè adoperata da De Crinis per calcolare la massa totale del sangue di un individuo. E' facile calcolare tale massa totale da una semplice proporzione, se si conosce la concentrazione in proteidi del siero, prima e dopo diluizione di esso (infusione venosa) con una determinata quantità di liquido (soluzione fisiologica). Il risultato, con una piccola correzione (indice di rifrazione del sale iniettato, piccole quantità di liquido eliminate dai reni) corrisponde esattamente a quello, che si è trovato con altri metodi: 3300-5600 cmc. (1/17-1/13 del peso del corpo). L'esattezza del risultato presuppone naturalmente, che nella durata dell'esperimento (circa 10 minuti) solo quantità irrilevanti del liquido infuso possano aver abbandonato il torrente sanguigno.

Se però in un individuo le pareti vasali sono abnormemente permeabili all'acqua, una certa quantità di liquido infuso sarà uscito dalla circolazione prima del 2° prelevamento di sangue, ed in conseguenza di ciò il calcolo della massa del sangue secondo il metodo De Crinis darà dei risultati troppo alti, palesemente impossibili. L'entità di tale errore indicherà il grado dell'abnorme permeabilità vasale.

In seguito a 10 esperimenti eseguiti con questo metodo, gli AA. concludono che in alcuni individui la permeabilità delle pareti vasali può essere notevolmente aumentata. In alcuni casi una gran parte dell'acqua infusa era già uscita dai vasi nel breve tempo decorso tra la 1ª e 2ª prelevazione di sangue; la determinazione della massa sanguigna secondo il metodo di De Crinis, diede i risultati impossibili di 12-20 litri di sangue. Di questi individui uno era affetto da carcinoma epatico secondario con ascite ed edema agli arti inferiori, un altro era un tabetico con disturbi vescicali e dolori lancinanti. In un individuo affetto da diabete insipido ed in un altro sofferente di edema angioneurotico di Quincke, la permeabilità vasale era tanto aumentata, da non lasciar scorgere, dopo l'infusione di soluzione fisiologica, alcuna diluizione della massa sanguigna; si ebbe anzi un fenomeno paradosso, un lieve ispessimento del sangue. Controllando esattamente la quantità dell'urina ed il peso del corpo, si vede che in questi casi l'acqua infusa dev'essere passata quasi in totalità nei tessuti non essendo essa stata eliminata nè dai reni nè dalla pelle.

Alla 3ª delle domande esposte al principio — quale rapporto esiste tra l'aumetata permeabilità delle pareti vasali e la comparsa delle manifestazioni morbose (nel caso speciale edemi) non è possibile dare risposta in base alle esperienze fatte. Queste infatti dimostrano anzitutto, che in uno stesso individuo il reperto di un'aumentata

permeabilità vasale non è affatto costante, inoltre che tra gli individui i quali presentano le stesse manifestazoni morbose ve ne sono alcuni con pareti vasali abnormemente permeabili all'acqua, altri colle pareti vasali normali a tale riguardo. E' lecito fare una sola conclusione, che cioè una aumentata permeabilità vasale non deve necessariamente condurre alla formazione di edemi; questi ultimi dipendono probabilmente, più che dalla facilità con la quale il plasma abbandona i vasi, dal modo nel quale esso viene fissato e combinato nei tessuti.

Coll'infusione endovenosa di soluzione fisiologica, si aggiunge al sangue una certa quantità di cloruro di sodio. Per lo studio della patogenesi degli edemi è interessante lo stabilire in qual modo si comporti il sale iniettato. In quasi tutti i casi esaminati (17 casi), esso era scomparso dal sangue al momento del 2° prelevamento. In alcuni casi il contenuto del sangue in cloruro di sodio era anzi diminuito in seguito all'infusione di soluzione fisiologica. I ioni di cloro iniettati, spariscono adunque quasi immediatamente dal circolo sanguigno, passando nei tessuti (l'eliminazione renale è trascurabile). Il cloro può anche passare dal sangue ai tessuti in quantità superiore a quella somministrata.

A questi fenomeni tien dietro, a breve scadenza, un fenomeno opposto, cioè il passaggio di cloro dai tessuti al sangue. Dopo un'infusione di soluzione fisiologica, il cloruro di sodio abbandona il circolo sanguigno molto più rapidamente dell'acqua. E' strana l'osservazione degli AA., che negli individui i quali bevano dell'acqua semplice o minerale in quantità di un litro, si può constatare un arricchimento del sangue in cloro (passaggio dai tessuti al sangue).

Alcune sostanze, somministrate per bocca o per iniezione, modificano la permeabilità delle pareti vasali all'acqua e al cloruro di sodio. Così l'adrenalina produce un ispessimento del sangue ed un impoverimento di esso in cloro, mentre la teocina somministrata per bocca in dose di 0,6 gr., e la teofillina, iniettata nelle vene in dose di 0,25 gr. producono un ispessimento del sangue, ed un arricchimento di esso in cloro. Tali osservazioni sono interessanti per la conoscenza del meccanismo d'azione dei diuretici. POLLITZER.

Le lesioni delle arterie periferiche nell'insufficienza circolatoria acuta e cronica.

(F. WIESEL e R. LÖWY. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 45, 1919).

Le manifestazioni cliniche dell'insufficienza circolatoria, finora attribuite ad alterazioni del miocardio, molto spesso non trovano la loro spiegazione nel reperto anatomo-patologico. All'autopsia di individui morti coi sintomi dell'insufficienza circolatoria, si trovano spesso il cuore le grandi arterie perfettamente normali; mentre all'autopsia di vecchi, morti accidentalmente, i quali mai in vita presentarono sintomi d'insufficienza circolatoria, si trovano dei cuori notevolmente atrofici. Quest'apparente discordanza tra il reperto necroscopico ed i sintomi clinici è chiarita dalle ricerche degli AA., i quali hanno dimostrato che questi ultimi, nella maggior parte dei casi, dipendono non da alterazioni del cuore nè dei grossi vasi, ma da alterazioni delle piccole arterie periferiche. Essi hanno esaminato istologicamente tutte le piccole arterie periferiche in individui morti in seguito ad insufficienza circolatoria acuta (nel corso della difterite e pneumonite) e cronica (vizi cardiaci, miocarditi, nefriti decorrenti con edemi) e le hanno trovate costantemente lese in modo caratteristico. Mentre tali lesioni possono esistere indipendentemente da lesioni del cuore, le alterazioni del cuore le quali conducono alla morte sono costantemente accompagnate dalle lesioni delle arterie periferiche.

Il processo morboso è un processo degenerativo; ne sono colpite tutte le piccole arterie periferiche, anche quelle del cervello e dei visceri; molto più di rado e in grado molto minore sono colpiti i grossi vasi (aorta, anonima, carotide).

Il processo degenerativo si inizia e si svolge esclusivamente nella media; l'intima rimane sempre normale (si tratta adunque di un processo completamente diverso da quello arteriosclerotico). Le lesioni interessano specialmente il tessuto muscolare; in seguito è colpito anche il tessuto elastico. E' possibile la *restitutio ad integrum*, di regola però risultano delle alterazioni permanenti delle pareti vasali Esistono diversi stadi di queste alterazioni:

1) imbibizione edematosa della media;

2) divaricazione delle fibre muscolari;

3) degenerazione delle fibre muscolari, accompagnata da alterazioni dei nuclei;

4) formazione di focolai necrotici;

5) processi riparatori: neoformazione di fibre muscolari, con frequente disposizione atipica delle fibre (p. es., degli strati di fibre disposte longitudinalmente, in mezzo alla muscolatura circolare);

6) cicatrici connettivali e focolai di calcificazione nella media.

Le fibre elastiche possono essere spezzate, degenerate in granuli, sostituite da connettivo.

Queste alterazioni dei vasi periferici non hanno nulla a che fare coll'età del malato, riscontrandosi esse anche nei bambini (p es., in seguito a

difterite). Esse sono prodotte da cause tossinfettive, le quali agirebbero direttamente sui *vasa vasorum*. La provenienza delle tossine è chiara nei casi nei quali l'insufficienza circolatoria si manifesta nel corso di malattie infettive; nell'insufficienza che accompagna le nefriti, le miocarditi ed i vizi cardiaci, le tossine sarebbero derivate da quegli stessi agenti, i quali hanno determinato le nefrite, la miocardite, l'endocardite.

Delle lesioni eguali a quelle qui descritte sono state riscontrate da Stoerk ed Epstein nelle arterie periferiche di individui morti di grippe.

POLLITZER

L'alterazione della pressione sanguigna in seguito ad iniezione di adrenalina come indice del tono esistente nel sistema nervoso autonomo ed in quello simpatico.

(K. DRESEL. *Deutsche Med. Wochenschr.*, agosto 1919).

Misurando la pressione sanguigna normale di un individuo, e ripetendo le misurazioni 5, 10, 15, 20 minuti dopo avergli praticata un'iniezione ipodermica di 1 mg. di adrenalina, è possibile farsi un concetto preciso del tono esistente nel sistema nervoso autonomo ed in quello simpatico di tale individuo.

L'adrenalina eccita fortemente il simpatico, provocando un aumento della pressione sanguigna; essa esercita però indirettamente una lieve eccitazione anche sul vago, per la cui azione antagonistica la pressione non sale che gradualmente, e gradualmente discende.

Nell'individuo normale, 5 minuti dopo l'iniezione di adrenalina, la pressione si è già elevata di 10 mm Hg.; essa sale nei 5-10 minuti successivi, di altri 20-30 mm., raggiungendo così il suo valore massimo, e discende poi lentamente all'altezza primitiva.

Nell'individuo simpaticotonico, venendo a mancare l'azione antagonistica del vago, la reazione del simpatico all'adrenalina è specialmente pronta ed intensa: la pressione sanguigna sale rapidamente, nei primi 10 minuti, fino ad un valore massimo che è di 50-60 mm., più elevato del valore primitivo al quale scende poi, dapprima rapidamente, verso la fine più lentamente.

Nell'individuo vagotonico, l'eccitazione indiretta del vago si rende manifesta immediatamente dopo l'iniezione di adrenalina, quando lo stimolo diretto, esercitato da essa sul simpatico, non è ancora sufficiente per provocare una reazione. In seguito prevale naturalmente l'azione diretta su quella indiretta, e l'azione del vago viene sopraffatta: nei primi 10 minuti dopo l'iniezione di adrenalina, la pressione non aumenta perciò affatto, può anzi, negli individui fortemente vagotonici, scendere di alcuni mm. Hg. Nei 5-10 minuti successivi, la pressione sale di 20-30 mm., e poi lentamente discende.

Riproducendo graficamente questi valori ottenuti da ripetute misurazioni della pressione sanguigna, dopo un'iniezione di adrenalina, si otterrà nell'individuo normale, una curva simile alla parabola, nell'individuo vagotonico, una curva simile ad un S, e nell'individuo simpaticotonico una curva, di cui un segmento ripidamente sale, l'altro, ripidamente prima, dolcemente alla fine, discende.

La diagnosi di vagotonia è importante, perchè da essa viene direttamente indicata la terapia: l'atropina sarà il mezzo più adatto per migliorare i disturbi del malato. Specialmente nel morbo di Basedow, di cui esistono una forma vagotonica ed una forma simpaticotonica, s'impone la diagnosi differenziale: non si dovrà dare l'atropina ai basedowiani simpaticotonici, mentre quelli vagotonici avranno gran giovamento dalla somministrazione di essa.

POLLITZER.

Aortae ascendentis Ataxia remittens.

(CANTELLI O. *Riforma Medica*, n. 46. Anno 1919).

L'A. in seguito allo studio di tre casi: 1° di una donna quarantaduenne, affetta da alterata secrezione di alcune glandule endocrine, 2° di un uomo cinquattasettenne, immune da labe sifilitica, 3° di un uomo giovane affetto di lue, nei quali ha riscontrato uno speciale comportamento dell'aorta ascendente, crede di poter separare il quadro da lui osservato, da quello ben noto della forma aneurismatica. Difatti, nei casi esposti, egli ha osservato a carico dell'aorta ascendente: *a*) un aumento subitaneo dell'aja di percussione aortica nel secondo spazio intercostale destro, accompagnato da fremito sistolico e da due rumori: protosistolico l'uno, protodiastolico l'altro; *b*) la scomparsa totale, assoluta e, per quanto l'osservazione lo concede, permanente dei fenomeni, indipendentemente da qualsiasi cura: in un mese circa nel 2°-3° caso con riposo costante a letto; in un anno circa nel primo e senza che l'inferma abbandonasse in nessun modo il suo tenore di vita. In essa poi, che fin dalla prima giovinezza andava soggetta ad accessi anginosi, si ebbe anzi a notare un primo miglioramento sotto l'influenza dell'opoterapia ovarica.

Descritto così brevemente il quadro clinico e dopo aver fatto osservare che nessuno dei casi citati può rientrare nei gruppi conosciuti o di insufficienza dell'anello aortico guarita o d'in-

sufficienza aortica latente, manifestàtasi ad un tratto, poichè gli esami precedenti ripetuti e gli speciali fenomeni descritti nella prima ammalata che accusava disturbi anginosi aortici fin dalla prima età, e la rapida guarigione notata nel 2°-3° caso, facevano assolutamente cadere tale ipotesi, l'A. giustifica innanzi tutto la denominazione che egli ha dato al fenomeno di «*Aortae ascendentis Ataxia remittens*». «*Ataxia*» poichè la dilatazione della parete dell'aorta ascendente, sotto la spinta del sangue cacciato dalla sistole ventricolare ed il ritorno su sè stessa, non solo avvengono in modo anomalo, ma anche in modo non perfettamente sincrono cogli analoghi movimenti della parete dell'arco. Difatti, stando le cose come sono state descritte, non v'è dubbio che mentre la parete dell'aorta ascendente trovasi ancora in stato di dilatazione, quella dell'arco ha già cominciato a ritornare su se stessa. L'A. quindi afferma che si deve tener conto specialmente dell'asincronismo che esiste in certi momenti, fra i movimenti di dilatazione e di restringimento dell'aorta ascendente, e quelli dell'arco. Infine coll'aggettivo «remittente» egli chiarisce il fenomeno in discorso, poichè mette in rilievo che esso non è duraturo.

Posti così i capi saldi del suo studio, l'A. cerca di assurgere al meccanismo patogenico del fenomeno. E dopo aver fatto un cenno degli ultimi studi del Manouélian sull'innervazione aortica, egli, in riguardo al primo caso, fa notare che quella sensitiva non vi è normale, poichè, indipendentemente dall'aumento di pressione, la comparsa degli accessi anginosi addimostra ch'essa è facilmente influenzabile da tutte quelle modificazioni che avvengono nell'organismo femminile durante i catameni. Perciò l'A., invocando la facile esauribilità del sistema nervoso, crede, che in seguito agli accessi dolorosi, in nervi sensitivi aortici possano temporaneamente diventare meno adatti a ricevere lo stimolo che, ad ogni afflusso di sangue, si forma nell'interno del vaso. Così l'aorta ascendente, non risentendo più l'influenza del sistema nervoso e rimanendo quindi in balìa delle sole forze muscolari ed elastiche, non contraendosi in modo sincrono e nell'egual misura dell'arco, diventa atassica.

Infine l'A. discute intorno alla genesi di alcuni rilievi semejotici non messi, a quanto pare, ancora in evidenza da altri studiosi e cioè un primo tono aortico tripartito, in cui le due prime parti a timbro metallico si ascoltano ravvicinate e la terza, senza speciali caratteri acustici, si presenta mesosistolica. Egli procura di rendersi ragione del fenomeno richiamando alla mente alcune ricerche di Orazio Wood sul differente comportamento della pressione polmonare ed aortica e di Wiggers sulle vibrazioni formanti i vari toni.

Per gli altri due casi però, in cui non si nota alcuna alterazione della sensibilità, l'A. invoca altri momenti patogenetici. Nel secondo, in cui il fenomeno è comparso dopo uno strapazzo in individuo affetto da ateroma dell'aorta, l'A. pensa ad una temporanea diminuita capacità a ricevere e trasmettere gli stimoli delle fibre nervose terminali muscolari ed elastiche. Nel terzo ne vede la ragione nella lesione dei *vasa vasorum*, per cui in seguito alla diminuita irrorazione sanguigna della parete si potrebbe produrre a carico dell'aorta ascendente un fenomeno analogo a quello descritto da Charcot, sotto la denominazione di claudirazione intermittente degli arti, ed a quello descritto da Dejerine col nome di claudirazione intermittente della midolla.

A proposito del primo caso, infine, l'A. ravvicinando fra di loro i sintomi dolorosi ed atassici, e ponendo in evidenza le grandi simiglianze che passano fra i fenomeni presentati da questa ammalata e quelli propri della nevrosi del simpatico addominale in cui i due segni fondamentali sono appunto rappresentati da «*speciali accessi dolorosi*» e dall'«*ectasia intermittente dell'aorta addominale*», crede di poter concludere che esiste un analogo modo di comportarsi dell'aorta ascendente in rapporto ad una probabile alterazione nevrosica del simpatico. Pertanto l'A. tende, da ultimo, a mettere in evidenza l'importanza pratica di un'esatta diagnosi del fenomeno sia in riguardo alla cura, sia in riguardo alla prognosi.

S. A.

CHIRURGIA.

Osservazioni sull'empiema.

(J. GARLAND SHERRIL. *Surgery, Gynec. a. Obstetrics*, aprile 1919).

L'interesse sull'argomento è stato determinato dall'alta mortalità avutasi nelle recenti epidemie; mentre nella pratica civile si erano visti gli empiemi guarire quasi costantemente e l'unica preoccupazione era costituita dall'impedire l'avvento di una forma cronica. La ragione della differenza può forse stare nel fatto che nel secondo caso erano venuti all'operazione dei pazienti che avevano già superato la polmonite, mentre nel primo, fatta più precocemente la diagnosi del versamento con l'aiuto del laboratorio, si cominciò ad applicare su larga base il principio dell'intervento precoce, non appena posta quella diagnosi. Ma deve esserci qualche altro motivo. Intanto va notata la non rara presenza di complicazioni (peritonite, pericardite, otite media, artriti). Inoltre per spiegare

la gravità dell'infezione si pensò a una forma particolare di organismo patogeno: e infatti fu trovato che i casi gravi erano in rapporto con lo streptococco emolitico o con forme miste.

Ma volendo determinare meglio quale sia il trattamento da seguire, ciò che naturalmente è quello che più interessa è necessario confrontare due tipi di cura non in diversi periodi dell'epidemia ma nello stesso periodo, e possibilmente nello stesso posto. Quando l'A. cominciò a dirigere la corsia di empiema a Camp Sherman la mortalità era assai alta, nonostante venisse adottato uno dei metodi più consigliati, e cioè la toracotomia seguita dall'irrigazione alla Carrel Dakin. Questa, con piccole variazioni, era praticata ugualmente che all'Istituto Rockefeller, anche per quel che riguarda l'accurata fabbricazione e dosaggio del liquido usato. Ma mentre a New York l'A. aveva visto chiudersi parecchie ferite in 9-12 giorni, qui si notava che dopo un periodo di decorso buono, con abbassamento (ma non annullamento) della curva dei germi la cute e la pleura presentavano segni di irritazione, e se non si sospendeva il trattamento, i pazienti si indebolivano sempre più, soffrivano di nausea, dolore nel petto, vomito, con temperatura normale o leggermente subnormale e finalmente morivano per esaurimento. Si pensò allora di sostituire al trattamento Carrel quello già provato da John B. Murphy: rimozione del pus con la toracentesi e introduzione attraverso la stessa siringa di 30 gm. di una soluzione 2 % di formalina in glicerina.; da ripetersi ogni tre o quattro giorni. I risultati furono meravigliosi: già dopo la prima iniezione si ha scarsissimo pus al fondo della provetta in cui si raccoglie il liquido; e ordinariamente dopo la terza iniezione il liquido diviene giallo chiaro, sterile. Altri vantaggi del metodo sono, oltre la rapidità relativa della guarigione, la mancanza di una ferita aperta e il non formarsi di postumi cronici e di aderenze pleuriche: col metodo Carrel, il quale permette che la malattia passi allo stato cronico, alcuni pazienti non rimangono meno di 120 giorni nell'ospedale.

È necessario che la soluzione venga fatta il giorno prima, perchè la formalina per sciogliersi nella glicerina impiega circa 8 ore. Se esistono delle comunicazioni broncopleuriche l'iniezione provoca della tosse assai fastidiosa e talora rende impossibile l'uso del metodo.

Il Cap. Mozingo ha ideato di eseguire una piccola incisione nell'VIII spazio, grande appena da far passare un catetere, che viene mantenuto in posto e chiuso con una pinza: attraverso di esso evacua il pus, istilla ogni due ore del liquido Dakin, ve lo lascia 15 m' e poi lo fa uscire di nuovo mantenendo sempre la cavità sotto pressione negativa. L'A. trova assai buono questo metodo e ha suggerito al Mozingo di introdurre il catetere attraverso un trequarti.

Prima di lasciare l'argomento, va notato che alcuni casi appaiono fatali sin dal principio. Così dicasi quando sono invase tutte le sierose: nel qual caso nulla è consigliabile all'infuori della semplice aspirazione seguita dalla iniezione di formalina; ovvero quanto il paziente è in preda a una tossemia la quale non permette alcuna manovra, a meno di una semplice aspirazione, fatta con le dovute cautele e da non ripetersi con frequenza, per sollevare la dispsia e il disturbo cardiaco.

L'operazione aperta ha nella pleurite suppurativa il vantaggio di permettere di asportare le masse fibrinose. Queste possono venire rimosse anche con le istillazioni alla Carrel, ma l'A. esprime il dubbio (che non ha potuto confermare) se queste, rimossa la fibrina, non vadano ad intaccare la pleura stessa.

Riassumendo: Puntura esplorativa non appena si sospetta la presenza di liquido, e, se questo è torbido, fare subito una iniezione di formalina, mentre del liquido si fa una cultura. Appena formatosi il pus, iniziare il trattamento delle aspirazioni ripetute, seguite dalle iniezioni di formalina. Se questo fallisce è necessaria l'operazione aperta (costectomia o toracotomia) sotto anestesia locale (la quale non è pregiudizievole) sempre quando la polmonite sia cessata. I casi che vengono in cura come già cronici con aderenze pleuriche e tasche laterali di pus devono anche esser sottoposti a una operazione aperta: si può tentare qualche tipo di drenaggio che mantenga una pressione negativa. Il liquido Dakin è assai giovevole per sciogliere la fibrina e sterilizzare la cavità; il miglior modo di applicarlo è quello sopra descritto ideato da Mozingo; ma l'A. crede che come antisettico non presenti alcun vantaggio rispetto alla formalina in glicerina. I casi assai antichi richiedono le ben note radicali operazioni, sempre dopo aver praticato le iniezioni di formalina che talora guariscono. Appena il paziente lascia il letto lo si sottoponga a esercizi graduati per favorire la distensione polmonare.

SEBASTIANI.

Analisi di 70 casi di empiema.

(CARL EGGERS, *Gynecol. and Obstetrics*, Aprile 1919).

La osservazione fatta negli ospedali di base, negli S. U. nello scorso anno, ha dimostrato concordemente che l'importanza di questo problema è assai maggiore che non si credesse. Si è potuto constatare che esistono due tipi di empiema: l'uno segue la polmonite lobare primaria, è relativamente benigno, è quello finora constatato nella pratica privata, riconosce come agente etiologico

principale lo pneumococco; l'altro segue alle polmoniti secondarie, è assai più grave, è stato specialmente osservato in questi ospedali di base, ed ha per principale agente lo streptococco. Anche il trattamento deve variare nell'uno e nell'altro tipo.

Questo studio è basato sull'esame di 70 casi ed è principalmente chirurgico: non si ebbe tempo, per altre circostanze, di fare delle indagini di laboratorio profonde.

La malattia è molto più comune nei mesi invernali quando le affezioni respiratorie acute raggiungono l'apice di frequenza.

ETIOLOGIA.

Si afferma che vengono maggiormente colpiti gli individui degli stati del Sud e quelli dei distretti rurali: ciò che viene messo in rapporto con la presenza di malattie endemiche che agirebbero da predisponenti (malaria, anchilostoma, pellagra). Ma ciò può desumersi da una statistica di tutti i campi, non da uno solo, che, come il nostro, raccoglieva individui delle stesse regioni.

La causa immediata fu quasi costantemente la pulmonite, sia primaria, sia assai più spesso secondaria; quest'ultima così divisa: 23 casi da morbillo; 7 da bronchite; 3 da influenza; 2 da tonsillite; altri 5 da malattie varie; 3 dopo la vaccinazione antitifica. I rapporti tra quest'ultima e le malattie acute respiratorie meritano uno studio più accurato. Solo tre casi vennero diagnosticati sin da principio come pleurite: se si sia sviluppato un processo pneumonico prima dell'insorgere dello empiema è dubbio.

TIPI DI EMPIEMA.

Il fatto più notevole in questi empiemi è la rapida formazione di grandi quantità di liquido, usualmente tenue, con fiocchetti di fibrina. Per comodità di studio possiamo distinguere quattro varietà a seconda che l'empiema è seguito a: (1) polmonite primaria, (2) polmonite morbillosa, (3) altre polmoniti secondarie e (4) pleurite primaria.

Un'altra classificazione può esser basata sullo agente etiologico ed è assai importante per la prognosi, che abbiamo già visto essere diversa fra i casi prodotti da pneumococco e quelli da streptococco.

1) *Empiema consecutivo a polmonite lobare primitiva.* Data la frequenza di malattie acute respiratorie in questo periodo è difficile la distinzione fra polmonite primaria e secondaria. L'A. riunisce in questo gruppo 24 casi con inizio rapido tutti dovuti a pneumococco. Da una tavola annessa si desume: il versamento fu constatato 2-3 settimane dopo l'inizio della malattia; l'operazione fu eseguita appena fu constatata la presenza del pus; poche complicazioni: tre otiti medie, due paroriti non suppurative, due pericarditi, qualche ascesso superficiale; tre casi terminarono con la morte; uno con setticemia pneumococcica e sintomi meningitici, uno con setticemia streptococcica e pericardite (all'autopsia), uno a un giorno dalla operazione e forse in rapporto col fatto che durante questa erano state rotte col dito delle tasche laterali della raccolta; in genere il decorso in individui non indeboliti fu più breve che sulle altre varietà: da 2 a 3 mesi in media.

2) *Empiema successivo a polmonite morbillosa.* Malati gravi e a mortalità alta. Gruppo di 23 casi (13 da pneumococco e 10 da streptococco); numerose le complicazioni: otiti medie, ascessi superficiali. Nove morirono (39 %): tutti avevano avuto broncopolmoniti; 6 erano stati sottoposti a intervento precoce. Decorso piuttosto lungo dai 3 ½ ai 4 mesi e ½. Si è constatato che lo sviluppo della pulmonite, così grave dopo il morbillo e che espone al pericolo dell'empiema, è spesso in relazione col non aver preso riguardi per i convalescenti della malattia primitiva.

3) *Empiema successivo ad altre polmoniti secondarie.* Gruppo di 20 casi: 14 preceduti da polmonite lobare, 6 da broncopolmonite; 14 dovuti a pneumococco, 4 a streptococco, 2 a infezione mista. Decorso assai variabile. Complicazioni non molte ma gravi. Morte in 7 casi. Dei 4 casi da streptococco l'unico che guarì era stato trattato con aspirazioni ripetute e operazione tardiva.

4) *Empiema consecutivo a pleurite primitiva.* Tre pazienti. Che esistano dei casi in cui l'invasione pleurica è apparentemente il principale fattore, deve essere ammesso.

DIAGNOSI.

Lo svelare la presenza di liquido nella pleura non è così facile come ammette la maggior parte dei testi. Occorre seguire i malati giorno per giorno e notare le modificazioni dei segni fisici: speciale importanza ha lo spostamento del cuore. È noto che il liquido nel torace può dare gli stessi segni fisici di una polmonite e viceversa. Quindi nei casi dubbî non si esiti a ricorrere alla puntura esplorativa (che fatta bene non costituisce alcun pericolo) ed eventualmente all'esame radiografico possibilmente stereoscopico. A quest'ultimo dovrebbero essere sottoposti sistematicamente tutti i convalescenti di polmonite.

È importante che la presenza di abbondanti quantità di liquido venga svelata presto e che su di esso si faccia un esame batteriologico.

CONSIDERAZIONI CLINICHE.

Va premesso che se una cavità pleurica normale è incisa e lasciata aperta si forma un pneumotorace aperto e l'aria che entra provoca alla lunga

il collasso polmonare e inoltre spostando il mediastino verso il lato opposto disturba e respiro e circolo.

L'empiema va considerato come una semplice raccolta di pus, residuo di un processo infiammatorio, o come una essudazione di liquido che accompagna una infiammazione coesistente? Può essere l'uno e l'altro ed è assai importante determinarlo; poichè nel primo caso una semplice incisione svuoterà l'ascesso e porterà la guarigione, mentre nel secondo, non essendosi formate pareti ascessuali e aderenze, si formerà un pneumotorace aperto con le conseguenze sopra accennate. D'altro canto, l'osservazione clinica e anatomo patologica ci ha insegnato che nelle infezioni da pneumococco (che di più restano localizzate) si ha il primo processo; mentre nelle infezioni da streptococco è rapidamente invasa tutta la pleura, e la tendenza alla loculazione, alla formazione di pareti ascessuali, alla trasformazione del liquido sieroso in pus è assai tarda. Inoltre in questo secondo caso il decorso della malattia polmonare è assai più lungo, trattandosi di focolai che qua e là si riaccendono, e le condizioni del paziente sono, finchè essa persiste, gravi.

Quale allora la procedura corretta da seguire in questi ultimi casi? Disgraziatamente alcuni di essi sembrano vinti sin dal principio dalla gravità della malattia. La prima idea che sorge è di operarli subito, ma un più attento esame dei risultati ottenuti ha dimostrato di doversi abbandonare quella linea di condotta. L'intervento in tali casi toglie il liquido settico ma niente di più; anzi peggiora le condizioni del respiro e del circolo col collasso del polmone e con lo spostamento del mediastino. Quell'unico scopo può essere ugualmente raggiunto con le aspirazioni ripetute fino a che il liquido divenga prurulento e allora procedere alla toracotomia: è questo il metodo che l'A. ha seguito. Solo quando l'accumulo di liquido settico nel torace deve considerarsi come il fattore principale della malattia, sembra indicata una operazione precoce.

Insomma ogni caso va giudicato secondo le circostanze e senza regola prestabilita: si può venire alla conclusione dell'intervento o no dopo aver considerato le condizioni generali, polso e temperatura, la malattia precedente, il periodo di tempo trascorso dall'inizio della polmonite, il tipo del liquido che si trova, e l'organismo patogeno.

TRATTAMENTO CHIRURGICO.

In malati gravissimi l'A. si è limitato all'incisione intercostale, sotto anestesia locale, praticata a letto. Ma quando le condizioni lo hanno permesso, portato il paziente in camera operatoria, ha eseguito la resezione costale, sempre, o quasi, con anestesia locale, senza lavaggio immediato, ma distaccando le masse di fibrina e istituendo un drenaggio. Nel trattamento postoperatorio: posizione di Fowler, morfina, irrigazione nelle successive medicature; sorvegliare la pelle e il dorso (decubiti).

Riguardo all'uso di soluzioni antisettiche, egli le ha usate tutte senza riscontrare una speciale superiorità dell'una sulle altre: negli ultimi tempi ha applicato il trattamento Carrel Dakin con buoni risultati: che del resto aveva ottenuto anche con altri liquidi. Raccomanda la massima precauzione nel dichiarare la sterilità del focolaio e quindi la possibilità di procedere a una sutura secondaria.

Il punto più importante del trattamento è il drenaggio che deve funzionare bene ed essere man mano ridotto per non impedire il processo di guarigione. È anche importante consigliare una respirazione profonda e un lieve esercizio.

La durata della malattia (dall'inizio o dall'operazione alla dimissione dall'ospedale) è assai varia in rapporto con fattori variabili: risulta dalle tavole annesse che essa di solito ebbe il massimo di brevità nelle forme consecutive a polmonite primaria di origine pneumococcica.

Notevole importanza nel trattamento hanno la dieta copiosa e sostanziosa e l'assistenza in corsie speciali e bene esposte al sole.

OPERAZIONI SECONDARIE.

Nell'empiema non sempre si ha da fare con una cavità unica, ma possono esservi più cavità, di cui una o alcune, specie con un drenaggio inadeguato, possono separarsi dalla cavità principale e poi, questa guarita o avviata a guarigione, aprirsi e costituire così una recidiva che richiede l'istituzione di un nuovo drenaggio, la resezione di un'altra costa, ecc. Altre volte un intervento secondario fu richiesto dall'esistenza di una fistola (resezione di due coste, mobilizzazione del polmone, estensione del tramite fistoloso). In tre casi l'A. dovette praticare una estesa resezione costale con decorticazione del polmone. Nell'intera serie vi fu un solo caso di ascesso polmonare che venne all'operazione.

DIAGNOSI E RISULTATI FINALI.

Già fu detto abbastanza che l'empiema è una malattia grave e che prima di intervenire deve essere ben studiato. Ciò vale specialmente per i casi da streptococco.

D'altra parte va notato che di alcune morti, sebbene attribuite all'empiema, che aveva determinato l'operazione, sono forse responsabili le condizioni di sepsi generale o quelle del polmone stesso.

Riassumendo si ebbero, con riguardo ai risultati finali:

Casi successivi a polmonite primaria: 24 con 3 morti (12 %); a polmonite morbillosa 23 con 9 morti (39 %); ad altre polmoniti secondarie 20 con 7 morti (35 %); a pleurite primitiva 3 con nessun morto. Tenendo conto dell'agente patogeno e non della malattia antecedente: 54 casi da pneumococco con 9 morti (17 %); 16 da streptococco con 10 morti (62 %). In fine su tutti i 70 casi troviamo: 19 morti (27 %), 48 guariti (69 %) e 3 in ospedale, ma avviati a guarigione (4 %).

Sebastiani.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(Nostri resoconti particolari).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ord. del 28 dic. 1919.

Presidenza del prof. V. Ascoli, vice-presidente.

Ricerche farmacologiche sull'Atropa belladonna coltivata.

G. Gaglio. — L'O. riferisce come da ricerche farmacologiche da lui compiute l'Atropa belladonna coltivata presentasse tutte le note di una buona pianta medicinale. Nè le ricerche sono state solo sperimentali chè di essa si è servito anche il prof. Bignami che l'ha trovata ottima in tutti i casi nei quali l'ha somministrata.

La cura iodica nelle malattie oculari.

O. Parisotti. — L'O. riferisce su gli ottimi risultati avuti nella cura della cheratite interstiziale mediante iniezioni di soluzione iodio-iodurata alla Durante.

Appena iniziata la cura iodica ha visto più rapidamente, che non sia il modo consueto con altre cure, scomparire l'infiltrazione interstiziale e dissiparsi completamente. Egli ritiene che il medicinale agisca in maniera diretta ed indiretta e pensa che il vantaggio che si ha dalla forma del medicamento debba attribuirsi alla sua rapida penetrazione ed alla sua maggiore stabilità nel torrente circolatorio.

Contributo allo studio della mola vescicolare.

E. Pestalozza. — L'O. illustra un caso che mostra direttamente le modalità della diffusione in circolo della mola vescicolare. Una propaggine dell'uovo malato si trova ad occupare un grosso vaso venoso della donna portatrice della mola e precisamente il tronco della vena uterina. L'O. presenta i vari pezzi anatomici e preparati microscopici che ci mostrano anzitutto come la mola non è soltanto una malattia dell'uovo, ma è in realtà una malattia della donna che ne è la portatrice; malattia che possiamo localizzare nel suo sistema circolatorio. Il preparato mostra in atto la penetrazione in circolo dei villi alterati il che porta a tutte le deduzioni che nel campo fisiologico e nel patologico se ne possono derivare e sulle quali l'O. si intrattiene.

Azione biologica e curativa delle radiazioni secondarie.

F. Ghilarducci. — L'O. espone i risultati ottenuti colle radiazioni secondarie di lamine metalliche (piombo, argento, rame, ferro, stagno, alluminio) e del carbonato di bismuto sul bacillo prodigiosus già riferite nel supplemento del giornale (agosto 1919).

Alcune esperienze in corso dimostrano un'azione anche più energica sul bacillo piocianico. L'O. presenta e descrive un piccolo apparecchio da lui ideato per eseguire gli esperimenti colla massima esattezza.

Riferisce i risultati ottenuti nella cura del lupus e la relativa tecnica (lamina matallica nella zona malata, irradiazione dal lato opposto alla zona inferma.

I risultati furono rapidissimi e sorprendenti in due casi di lupus nodulo-ulceroso del collo del piede e del dorso della mano, meno brilanti ma evidenti in un caso antichissimo di lupus della fronte ed in un altro pure di vecchia data con distruzione completa delle pinne e delle ossa nasali.

Riferisce anche di un caso di fistola tubercolare del perineo guarito dopo 4 irradiazioni eseguite previa introduzione nella fistola della pasta di Beck.

Infine accenna alle esperienze del dottor Milani su l'azione antibatterica dei raggi secondari emessi dai metalli colloidali che confermano quelli già da lui comunicati in altra seduta. Con le sue esperienze l'O. ritiene aver portato un nuovo contributo alla dottrina dell'attività biologica specifica delle radiazioni, dottrina che l'O. sostiene da vari anni sulla scorta di considerazioni teoriche e di lavori sperimentali condotti nella sua scuola.

Azione antibatterica dei raggi secondari dei metalli colloidali.

E. Milani. — L'O. ha studiato l'azione antibatterica delle radiazioni secondarie dell'elettrargolo sul bacillo del carbonchio, ha studiato l'a-

zione antibatterica delle radiazioni secondarie dei metalli colloidali sul B. prodigiosus esperimentando con tempo e tecnica di irradiazione varia.

I migliori risultati sono stati ottenuti con il rame colloidale, e l'O. crede che i risultati si debbano in gran parte attribuire ai raggi secondari beta: nel caso del rame colloidale la massima azione si ottiene quando probabilmente si somma l'azione dei raggi beta e quella dei raggi primari di adatta lunghezza d'onda.

Ulcera perforante della pelvi: parauronefrosi secondaria circoscritta.

R. ALESSANDRI. — L'O. riferisce il caso di una inferma di 36 anni che sino a 4 anni prima era stata sempre bene.

Nell'estate 1914 era stata operata per ascesso dell'ovaio e cisti paraovarica destra. Nell'ottobre 1917 ebbe febbri elevate e dolori alla regione lombare destra; inoltre notò più volte urine torbide e rossastre. Entrata all'Ospedale ebbe ancora per qualche giorno febbre poi si mantenne apirettica. Nella regione renale destra si palpava una tumefazione grossa come una testa di feto che giungeva sin quasi alla cresta iliaca; dura, elastica, liscia, poco spostabile, poco dolente; ballottava ed era retrocolica. Nelle urine scarsi leucociti e molte emazie. Nulla si rilevò alla cistoscopia ed al cateterismo degli ureteri.

Operata si trovò una perinefrite-sclero-adiposa e nelle manovre di esteriorizzazione del rene fu aperta una raccolta contenente 3 grossi cucchiai di liquido brunastro e fortemente ammoniacale. Il rene era del tutto normale e nella parete posteriore della pelvi fu scoperta una piccola ulcerazione.

L'O. si intrattiene sulla patogenesi della parauronefrosi e sul tipo clinico della osservazione descritta nella quale bastò il più semplice intervento, ossia la lombotomia seguita dal drenaggio della parauronefrosi a dare la completa guarigione.

Cnra della paralisi del nervo radiale con trapianto tendineo.

R. BASTIANELLI. — L'O. presenta un paziente ferito nel giugno 1917 da scheggia di granata al braccio destro cui seguì paralisi del radiale da lui curata con ottimo risultato mediante trapianto tendineo mentre la neurorafia non aveva dato in precedenza alcun vantaggio.

Presentazione di un caso di resezione parziale dell'osso iliaco destro.

R. BASTIANELLI. — L'O. presenta un altro paziente operato di resezione parziale dell'osso iliaco destro per sarcoma.

Anche in questo caso l'O., come in quello presentato in altra seduta, ha usato nell'intervento chirurgico il laccio di Momburg ma, mentre nel primo non ebbe a verificare spiacevoli incidenti, in questo secondo caso ebbe ad osservare fenomeni tanto gravi da mettere in pericolo la vita dell'infermo per cui ritiene preferibile la pressione temporanea su l'arteria iliaca primitiva.

E. GROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'enfisema quale reperto polmonare frequente nella sifilide.

Esaminando gli organi interni di individui luetici tra i 30 e i 45 anni, si trovano spesso le basi polmonari abbassate, la spostabilità respiratoria normale o diminuita, la percussione ipersonora, l'ottusità cardiaca assoluta impicciolita. L'ascoltazione fa rilevare condizioni normali oppure fenomeni bronchitici. La dilatazione ispiratoria del torace generalmente è discesa da 7 a 3-1 cm.; così pure in individui morti di aortite luetica si trova in quasi metà dei casi un enfisema polmonare conclamato.

La concomitanza frequente di arteriosclerosi ed enfisema veniva interpretata prima quale conseguenza d'un processo di logoramento. Dopo l'introduzione della R. W., Keller e Döhle poterono dimostrare nei loro lavori sulla mesaortite luetica, che molti casi, che in antecedenza passavano per ateromasia dell'aorta ascendente, non erano che una manifestazione della sifilide, localizzandosi l'arteriosclerosi grave, in individui che non abbiano raggiunto il 50° anno di vita, quasi sempre nell'aorta discendente ed addominale.

Il miglioramento cospicuo di certi enfisemi in seguito ad una cura jodica, si dovrebbe dunque ascrivere ad un'influenza specifica del jodio sul processo fondamentale. (Un fatto analogo lo troviamo pure nella storia dell'arteriosclerosi: i preparati jodici furono d'efficacia solo nei casi scambiati coll'aortite luetica).

Le alterazioni del tessuto polmonare sono dovute o ad una distruzione elettiva delle fibre elastiche per l'agente morboso della lue — danno specifico primario del tessuto elastico nel senso di Weigert — o ad un'affezione specifica dei capillari polmonari con consecutiva atrofia dei setti alveolari.

L'aumento di volume del polmone avviene di solito in un'epoca anteriore all'affezione aortica, di solito 10-20 anni dopo la sclerosi iniziale. Diventa così chiaro il momento eziologico di molti

casi di enfisema polmonare in individui giovani, ritenuto fino ad oggi idiopatico. Si dovrà dunque fare la stessa distinzione netta in enfisema luetico ed idiopatico come tra l'aortite luetica e l'arteriosclerosi dell'aorta. M. P.

Secondarismo sifilitico precoce.

Gougerot (*Journal des Praticiens*, n. 48 del 1919), ricordata l'opinione del Fournier che la roseola sia la prima manifestazione secondaria e non anticipi mai sulla distanza di 40-35 giorni dall'inizio del sifiloma, fa osservare che però il grande sifilografo aveva già notata la rarissima eventualità della comparsa di placche mucose ultraprecoci, sì da precedere talora la roseola. Egli non ci riferisce la durata del periodo d'incubazione in tali casi, ma afferma che « in certi malati, si vedono piccole erosioni della mucosa genitale inaugurare, a lato del sifiloma, l'inizio stesso del periodo secondario ».

Quest'opinione va rincarata, nel senso che esistono casi in cui manifestazioni contagiose appaiono 12-20 giorni dall'inizio del sifiloma, così che il malato può a tal epoca — e prescindendo dal sifiloma — esser già contagioso per quanti avvicina: nè occorre far notare l'enorme significato pratico di tale eventualità!

L'autore, in soggetti portatori di sifiloma di recentissima data e che ritornavano a lui per piccole manifestazioni, da essi attribuite alla sifilide (erpete, erosioni banali, ecc.), ha potuto in tre casi trovare la spirocheta nelle suddette manifestazioni, con l'esame ultramicroscopico.

Nel primo, si trattava di un'erosione linguale in un soggetto affetto da sifiloma genitale datante da 15 giorni, e da 5 giorni sotto l'azione di 10 centigr. di 914. Nel secondo, d'un'erosione alla faccia interna della guancia in soggetto con sifiloma del meato da 18 giorni, curato da 10 giorni con 10 e 15 centigr. di 914. Nel terzo, d'un'erosione al solco balano-prepuziale in un medico portante da 12 giorni un sifiloma professionale al dito e curato da 4 giorni con 30 centigrammi di 914.

Le manifestazioni mucose precoci sono, se pur rare, meno eccezionali di quanto si possa pensare; ma l'A. ha anche visto comparire 15-25 giorni dopo il sifiloma chiazze di roseola uniche o numerose, spesso successive.

Il secondarismo precoce della cute e delle mucose non deve sorprenderci, se pensiamo alla reazione del Wassermann trovata positiva nel liquido cefalo-rachidiano prima che nel sangue, durante la seconda incubazione (Widal, Sicard, Ravant) e alle lesioni meningee descritte nello stesso periodo dall'Audry. V'ha di più: Nicolau ha potuto accertare in vari casi una linfocitosi rachidea nel periodo primario, al 15° giorno della comparsa del sifiloma, fatto che si presenterebbe contemporaneamente alla pleiade satellite, a segnare l'invasione della spirocheta al di là della lesione iniziale.

RUSCA.

Immunità e terapia nella sifilide.

La produzione di anticorpi si inizia — secondo Matzenauer (*Wiener Klin. Woch.*, n. 33, 1919) — poco dopo l'inizio dell'infezione luetica, e si mantiene sulle prime modica, corrispondentemente allo scarso numero di spirochete circolanti. Nel secondo periodo d'incubazione, cioè fino alla comparsa dei fenomeni eruttivi, essa va aumentando e già rende impossibile la reinoculazione con esito in tipica sifilosclerosi iniziale, ma solo permette la superinfezione e la comparsa di papula cosiddetta « da innesto ». Quest'ultima differisce dal sifiloma per i carateri morfologici, la breve durata dell'incubazione e l'assenza di reazione ghiandolare locale. E' possibile ottenere tale innesto anche nel periodo secondario e tanto più nel terziario, sempre però con esito in forme omologhe a quelle del periodo in atto. Ad ogni modo, la superinfezione — al contrario della reinfezione — si mantiene costantemente locale.

La comparsa delle manifestazioni secondarie è dovuta a che la moltiplicazione delle spirochete è più intensa della conseguente produzione di anticorpi. E' appunto nel periodo secondario che — fungendo da antigeni le spirochete, e più propriamente, forse, le endotossine liberantisi dai treponemi morti — la produzione di anticorpi raggiunge la massima intensità, fino a sopraffare l'espandersi delle spirochete: si ha così un periodo di latenza. Ma ecco che la riduzione delle spirochete porta ad una diminuita produzione di anticorpi, finchè le spirochete prevalgono su di essi, anche per la probabile attenuazione avvenutane durante la latenza: si hanno così nuove manifestazioni specifiche, cioè la recidiva; e via dicendo.

Ma il graduale prepotere degli anticorpi sulle spirochete porta via via a manifestazioni sempre più localizzate delle quali è ultimo gradino l'elemento caratteristico del periodo tardivo: la gomma.

L'intensità della produzione di immuncorpi è precipuamente legata alla costituzione organica ed ai poteri di difesa naturale del sifilitico, talchè nei soggetti più robusti la infezione assume di regola un andamento assai mite.

Nei casi di sifilide grave, atipica, maligna, si trova sempre qualche tara o concomitanza mor-

bosa: tubercolosi, etilismo, arteriosclerosi, ecc. Intervengono allora le frequenti recidive e si passa gradualmente al terziarismo.

In genere, nel periodo di latenza che spesso separa le manifestazioni secondarie dalle tardive, si deve supporre avvenga una nuova attenuazione degli anticorpi, col che focolai di spirochete rimasti annidati in qualche punto dell'organismo riprendono il sopravvento e conducono ivi ad alterazioni localizzate. Gli anticorpi però permangono *sempre* in quantità sufficiente ad impedire la reinfezione.

A spiegare il graduale passaggio delle manifestazioni specifiche secondarie alle tardive, occorre però tener conto anche della crescente attitudine dei tessuti a reagire, con la produzione di anticorpi, allo stimolo delle spirochete. Questa raggiunge il suo massimo nel periodo tardivo, dove probabilmente basta un semplice stimolo localizzato, proveniente da un focolaio di spirochete, a dare un'imponente produzione d'anticorpi (ipersensibilità): la gomma, che si forma attorno alle spirochete, è appunto indice di un fenomeno reattivo di difesa organica.

Al contrario, nella sifilide maligna, l'organismo debole ha una produzione di anticorpi troppo scarsa per evitare le recidive, mentre si ha assai precocemente l'ipersensibilità allergica dei tessuti.

L'effetto della terapia consiste sopratutto nella distruzione delle spirochete, cui consegue la scomparsa delle manifestazioni specifiche.

Vi consegue anche una diminuita produzione di anticorpi, ma sarebbe un errore dedurne con Gennerich che la terapia peggiori in ultima analisi le condizioni di difesa naturali contro la sifilide.

Tutt'al più, essa può condurre ad un decorso atipico dell'infezione: basti pensare alla cura abortiva, quando riesce, nel periodo iniziale. Quando tale cura non riesce, i suoi effetti non vanno oltre gli inizi del periodo secondario: nel termine d'un mezzo anno al massimo, si ha la comparsa dei fenomeni secondari, e la sifilide — finchè non interviene una nuova cura — riprende il suo corso tipico.

Quando invece la terapia specifica viene istituita dopo la comparsa delle manifestazioni secondarie, la ricca produzione di anticorpi già avvenuta è favorevolmente influenzata dalla terapia spirocheticida, e somma la propria azione a quella del rimedio.

Una cura insufficiente nel periodo secondario non peggiora il decorso generale della lue: essa abbrevia i periodi di latenza, ravvicinando le recidive. La terapia ideale è dunque la «cronica intermittente», che previene le recidive e può evitare la comparsa di fenomeni tardivi.

Rusca.

Trattamento endorachideo delle affezioni sifilitiche e parasifilitiche del sistema nervoso.

In considerazione degli insuccessi del trattamento della sifilide del sistema nervoso, con i mercuriali e gli arsenicali per via sottocutanea ed endovenosa viene preconizzata la via endorachidea che può condurre a guarigione. Per evitare gli effetti caustici del medicamento, si usa come veicolo il siero sanguigno.

Da un individuo a digiuno, si estrae asetticamente il sangue, mediante la puntura della vena. Il siero viene inattivato a 55°.

Il siero mercurializzato si ottiene con una soluzione acquosa di sublimato usando 1 mg. di questo per 1-2 cmc. di siero; del novarsenobenzol se ne usano 3 mg. per cmc.

Mediante la puntura lombare si aspirano 15 cmc. di liquido rachideo; si mescolano con 5 cmc. del siero preparato e si iniettano. La prima iniezione è di 1 mg. di sublimato o 2-3 di novarsenobenzol: si ripete a dosi crescenti ad intervalli di 20-40 giorni, non oltrepassando mai i 4 mg. di sublimato ed i 7-8 di novarsenobenzol.

Prima di queste iniezioni e negli intervalli si fa una cura endovenosa idrargico-arsenicale.

Il siero salvarsanizzato dà reazioni più deboli che il mercurio.

G. H. Lafora (*Rev. neurologique*, agosto 1919) riferisce di aver ottenuto buoni risultati, anche nella demenza paralitica.

l. b.

Effetti tossici dei surrogati del salvarsan.

M. Labbé e S. Langlois (*Bull. Soc. méd. d Hôpitaux*, 1919, pag. 786) hanno osservato, in seguito ad iniezioni di novarsenobenzol, tre casi di porpora emorragica, uno dei quali mortale, Quest'ultimo concerneva una donna, in cui dopo una prima serie di iniezioni, se ne fecero altre in conseguenza delle quali, la donna ebbe epistassi ed emorragia delle gengive; le iniezioni sono state continuate ugualmente: le emorragie dalla bocca, dal naso; e dai genitali riapparvero, e si fecero più ostinate malgrado la cura (iniezioni di siero di cavallo, ipodermoclisi), fino a che, con innalzamento di temperatura, si ebbe la morte in coma.

Anche H. Grenet (*ibidem*) ha osservato leggere emorragie delle gengive e leggere emottisi in soggetti con tubercolosi latente. Questi fatti, di porpora infettiva che sono indubbiamente da attribuire all'arsenico debbono mettere in guardia il medico, il quale sospenderà il trattamento non appena osservi la emorragia dalla cute o dalle mucose.

Secondo I' Rieger (*Journ. of Am. med. Assoc.* 1919, pag. 710) gli effetti tossici dell'arsphena-

mina sarebbero da attribuirsi al fatto che tale sostanza, forse non abbastanza disseccata, svilupperebbe dei prodotti tossici nella stessa ampolla in cui è contenuta. Tali prodotti varierebbero secondo il tempo passato dalla fabbricazione e dipenderebbero forse dalle condizioni di conservazione.

E' stato osservato che di una stessa serie di ampolle, le prime non avevano dato alcun disturbo, le altre avevano provocato vomiti e dermatiti con prurito, e, ad un esame attento, mostravano la presenza di arsenico metallico.

Anche le reazioni nitritoidi sarebbero forse da attribuirsi a fattori diversi dalla diluizione e dall'alcalinizzazione.

Il salvarsan, come l'arsphenamina contengono una certa quantità di alcool metilico, che, agendo sulla base nella stessa ampolla, mette in libertà la metilarsina, la quale, iniettata nelle vene provocherebbe le crisi nitritoidi. Secondo la quantità di metilarsina così prodottasi, la rapidità dell'iniezione e la concentrazione della soluzione, si avrebbero fenomeni più o meno gravi, che possono arrivare alla paralisi cardiaca. Altri autori sono giunti alle stesse conclusioni ed hanno anche potuto preparare un prodotto privo di alcool metilico.

fil.

Valore comparativo dei metodi endovenoso ed endomuscolare nella somministrazione degli arsenobenzoli.

G. Leonard (*British. med. Journal*, 30 agosto 1919) ha curato numerosi casi di sifilide con il novarsenobillon ed ha fatto uno studio comparativo sui risultati ottenuti mediante iniezioni endomuscolari ed endovenose. Il trattamento è stato fatto nel modo seguente: per le iniezioni endovenose: 45 cg. ogni otto giorni per tre volte; riposo di 15 giorni: altre due iniezioni di 60 cg. a distanza di otto giorni; nuovo riposo di due settimane: poi iniezione di 60 cg. e, dopo otto giorni, di 75 cg. Lo stesso schema è stato seguito per le iniezioni endomuscolari, facendo la terza iniezione del primo periodo con 60 cg. anzichè con 45, e l'ultima con 60 cg. anzichè con 75.

Le iniezioni endovenose vennero praticate con una siringa tipo Record, sciogliendo la sostanza in 5 cmc. di acqua distillata sterile. Le dosi per le iniezioni endomuscolari venivano disciolte in circa un cmc. di acqua distillata sterile, aggiungendovi dell'unguento creo-canforato (*creocampher cream*) fino a 2 cmc. ed agitando energicamente in modo da ottenere un'emulsione perfetta. L'iniezione veniva fatta direttamente nel gluteo medio, un po' in basso evitando la linea mediana, e veniva preceduta dall'iniezione ipodermica di 2 cg. di morfina.

Su 428 casi, così trattati, l'A. ottenne, dopo la cura la reazione di Wassermann negativa nel 95 % degli individui trattati con l'iniezione endomuscolare e 88 %, con quella endovenosa.

I risultati migliori del trattamento endomuscolare sono certamente dovuti al più lento assorbimento del rimedio, ed alla conseguente lentezza dell'escrezione.

La più grande obiezione contro tale metodo è costituita dal dolore e dalla rigidità di cui si lamentano i malati, che rendono assai difficile adottare questo trattamento nella pratica privata od anche in clinica; i pazienti desiderano di soffrire il meno possibile e vi chiederanno sempre di usare il metodo endovenoso, anche se meno efficace. In generale le iniezioni endomuscolari vengono sopportate fino ai 45 cg.: è solo alla quinta che incominciano le lamentele. Alcuni poterono proseguire l'intera cura senza lagnarsi; altri accusavano dolori, edemi, senza che si potesse spiegare la ragione di tale differenza di reazione. I migliori mezzi preventivi contro gravi reazioni locali consistono in esercizi ginnastici ed in massaggi da praticarsi tutti i giorni. Abbastanza tollerato è il metodo di alternare le iniezioni endomuscolari, con le endovenose, sebbene presenti la possibilità di introdurre una quantità del medicamento, superiore a quella tollerata.

Risulta quindi in complesso che le iniezioni endomuscolari del novarsenobillon sono efficaci, nel trattamento della sifilide e chè soltanto va studiato il modo di renderle indolori.

l. b.

Sul metodo delle dosi crescenti di mercurio nel trattamento energico e d'abitudine della sifilide. — Come devono essere associati il mercurio e l'arsenico.

Louis Bory (*la Presse Médicale*, luglio 1919) nel trattamento della sifilide ha sperimentato il metodo della progressione delle dosi di un sale mercuriale solubile, metodo che permette all'organismo di tollerare in uno spazio breve di tempo dosi totali considerevoli. Il sale di mercurio da lui adoperato è stato il benzoato di Hg in soluzione concentrata al 3 %. Le prime 3-4 iniezioni erano da lui praticate per via endovenosa, le altre per via intramuscolare. In tal modo in un mese ha talvolta iniettato gr. 1,15 di questo sale di Hg. Per evitare però i piccoli accidenti dell'intolleranza del medicinale, specialmente la stomatite, consiglia di praticare le iniezioni a intervalli di tanti giorni per quan...

cmc. di sale sono stati iniettati; cioè un giorno per 1 cmc. e frazioni, due giorni per 2 cmc. e frazioni, e così via. Nelle iniezioni endovenose però a causa della irritazione che il sale di Hg concentrato produce sulle pareti venose, suole diluirlo fino all'1 e mezzo per cento.

Volendo associare la cura mercuriale a quella arsenicale l'A. suole procedere così: Inietta nel modo descritto gr. 1-1,15 di sale di mercurio e lascia il malato in riposo per 2-3 settimane, poi pratica la R. di Wassermann che di solito è negativa e basandosi su di essa fa una serie di 3-4-5 iniezioni di novarsenobenzolo (0,15; 0,30; 0,45; 0,60, ecc.). Lascia il malato in riposo per un mese e quindi intraprende il classico trattamento pillolare, intramezzato a lungo intervallo da una serie progressiva totale di circa 0.60 di benzoato di Hg col metodo sopra descritto. Con questo trattamento dopo circa due anni ha potuto constatare che la R. W. è negativa. Clinicamente col trattamento energico delle dosi crescenti di Hg spariscono gli accidenti specifici della malattia, altrettanto rapidamente come coll'arsenobenzolo.

Dal punto di vista umorale si ha generalmente un abbassamento molto rapido del potenziale sifilitico, misurato con la sigma-reazione.

Cesetti.

Trattamento profilattico della sifilide.

Lacapère e Laurent (*Bulletin Médical*, 27 settembre 1919) riferiscono un'auto-esperienza eseguita da un certo sig. Magon di Manchester: quasi immediatamente dopo essersi inoculata la sierosità di un'ulcera luetica, egli si praticò una iniezione endovenosa d'arsenobenzolo. Non si manifestò nessun accidente ulteriore e la Wasserman rimase costantemente negativa; invece il portatore dell'ulcera presentò gli accidenti secondari classici.

In seguito a questa osservazione, gli AA. sono stati indotti ad eseguire lo stesso trattamento durante il periodo d'incubazione della sifilide: su quattro soggetti così trattati, sicuramente contagiatisi, nessuno presentò accidenti ulteriori.

Una sola iniezione basta a produrre la distruzione del virus; ma è più sicuro di ripetere le iniezioni, specialmente quando è prossima l'esplosione dei fatti secondari.

Gli AA. discutono le ragioni di questa sterilizzazione *completa* che si è in grado di ottenere durante il periodo d'incubazione della sifilide.

R. B.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

K. GODSTEIN. *La cura, l'assistenza sociale e medico-legale dei lesionati nel cervello.* Die Betrandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten, Leipzig, Vogel, 1919.

Scopo del libro è quello di dettare le norme relative alla terapia e all'assitenza sociale e medico-legale dei lesionati del cervello. Esso è diviso in 5 capitoli, i quali, abbracciano i seguenti argomenti: 1) misure terapeutiche generali conservative e chirurgiche; 2) terapia di ordine psicologico-pedagogico; 3) terapia del lavoro; 4) sintesi dei risultati ottenuti; 5) questioni e problemi medico-legali.

Dopo avere esposto brevemente le misure terapeutiche generali, l'A. si trattiene lungamente sulle indicazioni operatorie dei lesionati nel cervello; e tra l'altro, in base all'esperienza bellica, sconsiglia la plastica precoce del cranio, che, secondo Vitzel, non si deve mai, quando sono mancati attacchi epilettici, eseguire prima che sia trascorso per lo meno un anno, (secondo Goldstein anche di più). L'A. passa poi ad esporre minutamente i vari metodi di esami psicologico-sperimentali (prova della reazione, prova dei conti di Kraepelin e prove ergografiche), cui furono sottoposti i feriti del cranio, nell'Istituto da lui diretto. Combatte l'opinione di Poppelreuter, il quale trovò la psiche dei feriti del cranio quasi normale, dimostrando, in base a molteplici ricerche personali, che questa, il più delle volte, presenta alterazioni più o meno gravi. L'A. si trattiene poi in modo esauriente sui più recenti metodi psicologici e pedagogici atti a curare le svariate numerose sindromi nervose a focolaio, tra le quali, sopratutto quelle disfagiche (afasico-motorie, afasico-sensoriali, agrafia e alexia).

A questo scopo illustra, in base a casi personali, i numerosi e vari metodi che qui non è possibile elencare e che — per essere facilmente compresi — abbisognano di schemi, di grafiche, di fotografie e di tavole pedagogiche, di cui è ricco il lavoro.

Le proporzioni dei diversi risultati che i pazienti hanno ottenuto nella loro capacità lavoratrice, dopo essere sottoposti ai metodi terapeutici testè accennati, sono i seguenti:

1) capacità lavoratrice quasi normale, 20 %;
2) 2/3 di capacità lavorativa, 32 %;
3) capacità lavorativa al disotto della metà, 32 %;
4) invalidità permanente, 16 %.

Infine, l'A. discute in ispeciali capitoli le più importanti e difficili questioni medico-legali, compresa quella della liquidazione della pensione; mentre,, congedandosi dal lettore, nella chiusa (assistenza dei feriti del cervello) ammonisce umanamente e coscienziosamente che nessun ferito del cranio deve essere dimesso dallo Ospedale e giammai abbandonato a se stesso, fino che non sia accertata la sua capacità lavorativa e sopratutto deciso il mestiere che il ferito potrà e dovrà esercitare.

Il libro del Goldstein è fra quelli che si raccomandano non so se più per la chiarezza dell'esposizione, o per l'importanza e l'originalità del contenuto. Ma qui si raggiunge un supremo fine, che dal punto di vista pratico acquista un'indiscutibile importanza: dimostrare cioè nei feriti del cranio, la presenza di forze che apparentemente scomparse, possono essere messe permanentemente in valore; e al tempo stesso emettere dei criteri per assegnare a ciascun ferito un indennizzo non basato su concetti arbitrari o su vaghe pretese, ma su dati esclusivamente obiettivi e razionali. Quanto ne vengano così a guadagnare lo Stato e i pazienti nessuno vorrà mettere in dubbio. Ecco perchè addito il libro alla Presidenza della Croce Rossa italiana e agli Enti militari incaricati dell'assistenza delle perizie sui feriti e sui mutilati, affinchè, dopo averlo profondamente studiato, (e, quod est in votis, tradotto in italiano) si mettano in pratica i metodi di esame e di cura tanto lucidamente ed umanamente esposti e praticati dal Neuropatologo di Francoforte.

G. MINGAZZINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1080). *Manuale di oto-rino-laringojatria.* Al dott. P., San Remo:

T. MANCIOLI. « Oto-rino-laringojatria ». Hoepli, Milano.

LANOIS. « Précis des maladies du larynx du nez et des oreilles ». Coll. Testut. Parigi.

Il Manuale del BILANCIONI, edito dall'Amministrazione del « Policlinico », è esaurito.

r. s.

(1081). All'abb. n. 11.526. Provi a rivolgersi all'*Istitut International de Bibliographie* (Parigi, rue de Rennes, 44; Bruxelles, rue du Musée, 1). Chieda prima le tariffe.

Pubblicheremo prossimamente:

P. BERTOLI. *Sulla migratione dei proiettili.*
F. FERMI, *Spine bifide in adulti.*

VARIA.

Kant come salutista — Nel volume *Fragments littéraires* di Victor Cousin, pubblicato nel 1843, è contenuto un capitolo su « Kant durante gli ultimi anni della sua vita », dal quale riportiamo il seguente brano:

« Kant si era imposto la regola di fare del moto. Dopo il pranzo, egli faceva tutti i giorni una piccola passeggiata. E andava sempre solo. Adduceva due ragioni: desiderava di pensare a suo agio, liberandosi dalla conversazione con gli uomini e abbandonandosi alla libera e tranquilla contemplazione della natura; inoltre intendeva di respirare per il naso, senza aprire la bocca, affinchè l'aria avesse il tempo di stemperarsi e addolcirsi prima di giungere ai polmoni.

« Era questo un consiglio d'igiene che egli dava a tutti i suoi amici; osservandolo, pretendeva di evitare le raucedini, la tosse, i raffreddori, e forse non aveva torto, giacchè di rado accusava dei malesseri.

« La passeggiata durava all'incirca un'ora. Egli non vi mancava nè di estate nè di inverno, sotto la canicola o la pioggia, nel fango, nella neve, sul ghiaccio ».

(Dalla *Gaz. Lebd. d. Sc. de Méd. de Bordeaux*, 12 ottobre 1919). L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici ferroviari.

Il Ministro dei trasporti ha nominato una Commissione con l'incarico di far proposte per il riordinamento ed il coordinamento dei servizi sanitari delle ferrovie dello Stato, dell'areonautica e della navigazione. La Commissione è composta di egregi sanitari particolarmente competenti nei rispettivi servizi. Tutto fa presumere che essa assolverà degnamente il còmpito che le è stato commesso. Tuttavia non si può fare a meno di osservare che nella Commissione stessa i varî servizi da riordinare non siano proporzionalmente rappresentati. Non è dubbio che per la natura e complessità delle sue mansioni, per il numero dei medici che vi sono addetti, la maggiore importanza ha il servizio sanitario delle ferrovie dello Stato. D'altra parte questo servizio ha già una organizzazione propria, la quale ha già subìto il controllo di una lunga pratica, e che ha già costituito il modello di analoghe organizzazioni straniere. Il servizio sanitario della areonautica viceversa, in rapporto allo stato attuale di questo mezzo di trasporto, trovasi ancora nella sua fase iniziale di organizzazione e per il momento non provvede che ad una sola mansione, quella dell'accertamento della idoneità fisica dei piloti aviatori. Il servizio sanitario della navigazione ha già una sua struttura che fa capo alla Direzione Generale di Sanità e che, se non si tien conto della difesa igienica del Paese dalle epidemie esotiche, non può confrontarsi per importanza al servizio sanitario delle ferrovie che, oltre che allo accertamento della idoneità fisica degli aspiranti ai varî posti ferroviari, provvede all'assistenza di centinaia di migliaia di lavoratori, allo accertamento fiscale delle malattie, alla difesa del personale costretto a vivere ed a lavorare in plaghe intensamente malariche, contribuendo altresì alla difesa igienica generale del Paese. Un servizio di tal fatta meritava di avere una parte preponderante nella Commissione nominata dal Ministro dei trasporti. Ma noi siamo sicuri che il difetto del numero dei commissari non sarà avvertito per l'autorità e la competenza di chi è stato chiamato a rappresentare nella Commissione il servizio sanitario delle ferrovie dello Stato. E saranno così una buona volta risolute tutte le quistioni inerenti a questo servizio, che ha già reso importanti servigi e che non merita modificazioni radicali, ma solo ritocchi e perfezionamenti. Anzi c'è da augurarsi che la Commissione sia quanto più può parca nelle modificazioni, e si astenga da innovazioni che finiscono per rendere più pesanti gli ingranaggi burocratici là dove non soffoca già o introdurla là dove non c'è, anche quando ciò sia fatto con le intenzioni più pure ed innocenti. E c'è da augurarsi che non si tenti neppure di caricare il sanitario delle ferrovie dello Stato su altri carri che già cigolano per soverchia burocrazia.

La Commissione, crediamo, si dovrà preoccupare sopratutto di rendere i mezzi adeguati alle nuove esigenze dei servizi.

Con i progressivi, rapidi miglioramenti ottenuti dai ferrovieri, le incombenze dei medici ferroviari si sono rese sempre più faticose e difficili. L'assistenza gratuita si è andata diffondendo e d'altra parte il miglioramento di trattamento ai ferrovieri durante l'assenza per malattia, trattamento per il quale ora un ferroviere assente per malattia percepisce tutta intera la paga che gli compete quando presta servizio, ha reso per ovvie ragioni più intenso e più difficile il servizio degli accertamenti fiscali. L'opera del medico ferroviario oggi non è più quella che al tempo delle Società private ed all'inizio dell'esercizio statale si poteva compensare con biglietti di viaggio e con gratificazioni annuali.

Ma al riguardo occorre fare distinzione fra medici di linea e medici di grandi centri.

Il servizio sanitario sulle linee, case cantoniere e stazioni, salvo qualche eccezione non può essere disimpegnato con un sistema diverso da quello attuale. I reparti sulle linee, per la scarsa densità della popolazione ferroviaria, non possono essere affidati che ai medici locali, ai medici condotti, ai quali sarebbe ingiusto quanto ingiustificato togliere il beneficio dei biglietti gratuiti di cui attualmente godono. Tanto più che sulle linee più che il servizio fiscale si richiede un servizio di assistenza e di cura che in genere può coincidere con quello della condotta municipale. Istituire sulle linee dei lunghi reparti è gravoso per lo Stato, perchè si dovrebbero stipendiare dei medici che ora si compensano solo con biglietti di viaggio, ed è dannoso per il servizio perchè un medico che dovesse provvedere all'assistenza per agenti e loro famiglie dislocate su lunghi tratti di linea non potrebbe accorrere con la dovuta prontezza e frequenza.

I grossi reparti o vere condotte ferroviarie sono possibili soltanto nei grandi centri. Qui la densità della popolazione ferroviaria rende possibile affidare ad un solo medico l'assistenza ed il servizio fiscale per un numeroso gruppo di ferro-

vieri. E d'altra parte la esperienza ha dimostrato che questa possibilità si è ora tramutata in una necessità. Il servizio di medico ferroviario non si può affidare ad un qualsiasi medico privato che si assuma il servizio delle ferrovie come quello di un qualsiasi altro cliente.

Le incombenze del medico ferroviario sono ora tali da costituire quasi una specialità; gli obblighi sono tali da non potergli consentire, quando voglia fare scrupolosamente il suo dovere, di attendere con profitto alla professione privata.

Oggi i medici ferroviari dei grandi centri che attendono con diligenza e coscienza al proprio dovere hanno dovuto a poco a poco ridurre la loro clientela privata senza che per altro gli onorari loro corrisposti dalle Ferrovie li compensasse adeguatamente della rinuncia cui sono costretti. D'altra parte è doveroso riconoscere che se le Ferrovie dovessero equamente compensare tutti gli attuali medici dei grandi centri si assumerebbero un onere finanziario inadeguato al servizio ottenuto. I medici di reparto si agitano per ottenere miglioramenti, ed hanno ragione. Le loro paghe sono ancora quelle dell'anteguerra: non si è tenuto conto della svalutazione della moneta e neppure dell'aumento delle prestazioni loro richieste.

Ma se si dovesse migliorar convenientemente la posizione dei medici di reparto e lasciare inalterato il sistema attuale, l'Amministrazione delle ferrovie farebbe un cattivo affare.

La posizione del medico ferroviario deve essere radicalmente mutata. Gli si devono fare condizioni migliori e rispettivamente costringerlo ad un migliore adempimento del proprio dovere. Ciò non si potrà ottenere se non assicurando ai medici tutti quei benefizi ed imponendo ad essi tutti quei doveri che si offrono e rispettivamente si pretendono dagli altri funzionari delle ferrovie. Insomma il medico ferroviario dei grandi centri deve essere un impiegato di ruolo, con tutti quei diritti e doveri inerenti a tale qualifica, deve essere un funzionario che nella equità del compenso, nella sicurezza della carriera, nella disciplina imposta dai regolamenti trovi lo stimolo per bene esercitare il suo delicato ufficio.

Non vogliamo far cifre, ma siamo sicuri che così sistemando il servizio, l'Amministrazione delle ferrovie non spenderebbe molto di più di quel che spende attualmente, e certamente meno di quel che dovrebbe spendere se dovesse soddisfare le richieste di miglioramenti avanzate dagli attuali medici di reparto. Ma questo vantaggio sarebbe anche trascurabile di fronte al sicuro miglioramento del servizio, miglioramento che non potrebbe non apportare sensibili economie per la diminuzione nella perdita delle giornate lavorative del personale.

La riforma da noi indicata oramai si impone come una necessità imprescindibile e noi confidiamo che la Commissione vorrà proporla al Ministro dei trasporti, facendo in modo beninteso che siano convenientemente tutelati i diriti acquisiti degli attuali medici di reparto.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici di Roma e Provincia.

Il 1° febbraio si è tenuta una riunione dell'Ordine dei Medici di Roma e Provincia.

La discussione si svolse occupando quasi tutto il tempo della seduta sulle questioni esposte dai Medici reduci.

All'unanimità furono approvati due memoriali, uno di carattere generale da essere presentato direttamente alla presidenza del consiglio dei Ministri, ed un altro al ministero degli Interni riflettente il recente bando di concorso negli ospedali di Roma. Venne anche nominata la Commissione che dovrà presentarli entro l'entrante settimana, Commissione composta di sei membri scelti in seno all'Assemblea stessa, cioè il presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, il vice presidente, il presidente del Fascio Romano Reduci Medici Chirurgici, il segretario e due consiglieri nelle persone del dott. Enrico Ballerini, dottor Ugo Mariotti, dottor Pietro Caccialupi, dottor Guglielmo Pampiglione, professore Giorgio Giorgi, dottor Mario Cippitelli. Fu approvato all'unanimità un ordine del giorno esponente dei diritti dei Medici reduci.

La presidenza aprì poi la discussione sul comportamento della classe medica durante gli scioperi dei servizi pubblici a causa dei danni rilevanti che i medici sono costretti a subire.

Vennero presentati due ordini del giorno. Il primo così compilato:

« L'assemblea dell'Ordine dei Medici delibera: qualora venga riconosciuto alle categorie dei lavoratori dello Stato il diritto di sciopero, che tale diritto venga riconosciuto anche alla classe medica ».

Ed il secondo del seguente tenore:

« L'assemblea dell'Ordine dei Medici considerata la frequente interruzione dei pubblici servizi che rendono impossibile l'esplicazione del proprio mandato, declina all'autorità ed alla popolazione la propria responsabilità per quel che riguarda l'eventuale mancata assistenza agli infermi ».

Messi ai voti, il primo ordine del giorno rice-

vette parità di voti, il secondo, ricevette pochi voti.

La discussione venne rimandata ad una nuova assemblea.

L'Associazione dei medici ferroviari.

Presieduto dall'on. prof. Paolo Cascioni, si è riunito il 20 gennaio il Consiglio di presidenza dell'Associazione dei medici ferroviari.

Erano presenti i rappresentanti di tutte le sezioni compartimentali.

Riferì il segretario generale dell'Associazione dott. Foti sulla relazione che dovrà sostenere in seno alla Commissione nominata dal Ministro dei trasporti marittimi e ferroviari per il riordinamento ed il coordinamento dei servizi sanitari ferroviari, marittimi e aeronautici.

Il Consiglio votò il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio di presidenza dell'Associazione dei medici ferroviarî italiani, riunito il 20 gennaio sotto la presidenza dell'on. Cascioni, mentre riconferma al segretario generale dott. Foti il mandato di rappresentare la classe in seno alla Commissione nominata dal Ministro dei trasporti per il riordinamento e coordinamento dei servizi sanitarî in riguardo ai trasporti marittimi e ferroviarî, approva i desiderata che dovranno essere sostenuti dinanzi alla Commissione stessa, dando ampio mandato di fiducia al proprio rappresentante per il loro accoglimento ».

I medici ferroviari di Roma.

I medici ferroviari del Compartimento di Roma, dopo lunga discussione, hanno votato il seguente ordine del giorno:

« I medici ferroviari del compartimento di Roma riuniti in numerosa assemblea plaudono alla nomina del loro segretario generale a rappresentante della classe nella Commissione ministeriale per il riordinamento e coordinamento dei servizi sanitari in relazione ai trasporti marittimi, ferroviari ed aeronautici, e lo confortano col consenso vivo e completo nella esplicazione del mandato affidatogli, per l'opera sino qui da lui spiegata e per quella che intenderà svolgere in seno alla detta Commissione a pro della classe;

prospettata la odierna condizione dei medici ferroviari, identica a quella dell'ante-guerra, non solo, ma a quella dell'inizio del servizio sanitario ferroviario;

deliberano di promuovere una seria ed intensa agitazione nel paese ad ottenere che anche alla classe medica ferroviaria siano fatte condizioni morali ed economiche eque e tali che valgano a toglierla dalla inferiorità in cui finora è stata tenuta;

chiedono quindi che si riunisca al più presto la detta Commissione ministeriale riordinatrice, portando sollecitamente a termine i propri lavori, dichiarandosi pronti, ove le giuste domande formulate non venissero accolte, a sostenerle con ogni migliore energia e fino alle ultime conseguenze ».

I medici delle questure.

Il Consiglio dell'Ordine dei Sanitari di Napoli ha votato il seguente ordine del giorno:

« Considerato che i medici delle guardie di città hanno espletato finora il loro delicato e gravoso ufficio con derisori assegni nella speranza che un giorno avessero potuto veder migliorate le loro condizioni;

Considerato che i suddetti sanitari oltre alle visite nelle brigate della città e negli uffici della R. Questura, prestano servizio nelle caserme dei villaggi con sacrifizio di tempo e di spese;

Considerato che durante vari anni di servizio non si sono mai verificati inconvenienti da dover modificare ora le tabelle a loro danno e che anzi la loro opera è stata encomiabile ed encomiata specialmente durante le varie epidemie;

Considerato che nei vari miglioramenti concessi al personale di P. S. mai i sanitari sono stati tenuti presenti, mentre il loro servizio è andato sempre più intensificandosi;

Fa voti:

che il Ministero dell'Interno e l'on. Direzione Generale della P. S. ora che si sta completando la riorganizzazione del personale di P. S. e della R. Guardia vogliano anche una buona volta sistemare la posizione morale e finanziaria del corpo sanitario della R. Guardia e delle Questure.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8113) *Obbligo del referto.* — Dott. G. M. da C. Riteniamo anche noi che il referto, nel caso da Lei esposto, non avrebbe dovuto essere fatto, ma che se fu fatto nessuna punizione può essere inflitta al sanitario, il quale avrebbe, se mai, ecceduto nell'adempimento dei propri doveri. Del resto nessuna pena è all'uopo comminata dal Codice penale. Per il modo con cui il referto stesso fu fatto non vediamo, poi, che esso possa costituire una violazione di segreto professionale, ma tutto al più un eccesso di zelo.

(8114) *Servizio straordinario all'ospedale.* — D. S. da N. — Essendosi parte dell'ospedale presso cui Ella presta gratuitamente servizio trasformato in locale di isolamento per la cura de' vaiuolosi, il servizio normale è rimasto limitato a quei locali che funzionano tuttora da ospedale

comune. E se Ella, oltre che a questa sezione, presta servizio anche nell'altra, adibita ad isolamento dei vaiuolosi, ha diritto a speciale compenso da parte della amministrazione comunale, esulando tale onere dalle mansioni ordinarie del medico condotto. La misura del compenso dipenderà dalla entità e difficoltà dell'opera che è chiamato a prestare e da molte altre contingenze di indole affato locali, che non è possibile precisare da chi non si trova sul posto.

(8115) *Miglioramento economico medici condotti.* — Dott. G. B. da O. Al miglioramento economico dei medici condotti provvede la circolare del Ministero dell'Interno del 10 ottobre ultimo, n. 20400-1, secondo cui essi hanno diritto di chiedere alla G. P. A., ai sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria, l'applicazione in loro favore delle disposizioni contenute nei D. L. del 10 febbraio 1918, n. 107 e del 19 giugno 1919, n. 973, ed, ove i relativi aumenti non bastassero, di ottenere anche maggiori compensi, tenuto conto della potenzialità dei bilanci, delle particolari esigenze locali e della coesistenza di altre fonti di lucro professionale.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BROZZI (*Firenze*). — 1ª condotta; L. 6000, oltre L. 1200 d'indennità caro-viveri e L. 1000 per cavalcat. non obbligat. Scad. 29 febbr.

Il Governo del Congo Belga fa richiesta di medici alle seguenti condizioni; stipendio iniziale Frs. 15.000, oltre a Frs. 2400 di caro-viveri e Frs. 2000 di indennità; promozione ad epoca fissa con aumenti di stipendio a Frs. 18.000, 20.000 e 25,000, indennità non comprese.

Viaggio di andata e ritono, alloggio e cure mediche e farmaceutiche sono a carico del Governo Belga. Il servizio è impegnativo per la durata di 10 anni, con diritto a pensione.

Prima della partenza, gli aspiranti seguiranno un corso presso la Scuola di Medicina tropicale e godranno in tale periodo di una indennità giornaliera. È obbligatoria la conoscenza della lingua francese.

Per qualsiasi chiarimento rivolgersi al Ministero delle Colonie, Rue Namur, 10, Bruxelles.

BOLOGNA. - *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — È aperto il concorso al premio Umberto I. Questo premio, di L. 3.500, verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio Provinciale di Bologna, « alla migliore opera od invenzione ortopedica ». A tale concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità del concorso e dell'assegnazione del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. Domanda di concorso al presidente in Bologna. Il concorso si chiude il 21 dicembre 1920.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Cavalieri: dott. Palazzo Giuseppe, Sulmona; dott. Ricca Tommaso, Roma; dott. La Greca Benigno, di Santa Domenica Talao (Cosenza); dott. Cavalieri Giacomo, Verona.

ALBO D'ORO.

CROCE DI GUERRA.

Il prof. Federico Brunetti, primario otorinolaringoiatra all'ospedale civile di Venezia, venne fregiato della Croce di guerra per servizio reso e per speciali benemerenze durante la rititrata di Caporetto.

Il ten. colonnello medico in congedo, già direttore dell'ospedale militare di Macerata, è stato nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia, su proposta del Ministro della Guerra, « per speciali benemerenze conquistate in dipendenza della guerra 1915-18 ».

Il medesimo ten. colonnello Perotti, con determinazione 4 nov. della Presidenza della Croce Rossa Italiana, è stato decorato della medaglia d'argento al merito per l'opera prestata durante la guerra 1915-18.

Il colonnello medico dott. cav. Piceni, direttore della Direzione di Sanità Militare pel territorio di Milano, è stato insignito della Croce della Legion d'onore dal Governo francese, per benemerenze inerenti alla guerra.

COLTURA SUPERIORE.

Il disagio economico dei professori universitari.

Il presidente dell'Ass. Naz. fra i professori universitari, sen. prof. Mangiagalli, ha diretto al Ministro della P. I. on. Baccelli, una lettera in cui dice:

« È universale convincimento che i professori delle nostre Università debbano avere i mezzi e la posizione morale e materiale che ad essi consenta di dedicarsi serenamente e totalmente alla scienza in modo da innalzare e promuovere questa, per promuovere ed innalzare tutta la vita spirituale, industriale e commerciale in tutte le sue forze. Allo scopo quindi che ai professori universitari sia data questa posizione e concesso uno stato d'animo sereno ed elevato — non mortificato da umilianti strettezze — non basta l'invocato decreto, ma è necessario si aggiunga una indennità di carica e si aumenti per una categoria di professori il compenso quali direttori di gabinetti, di istituti, di cliniche, e si istituiscano per le categorie degli altri professori esercitazioni e corsi supplementari con un compenso pari a quello cui sarà portata la rimunerazione per i direttori suddetti.

I professori ritengono che per alleviare il sacrificio finanziario che lo Stato dovrebbe sopportare si potrebbero raddoppiare le tasse universitarie che, rispetto al deprezzamento della valuta e al costo generale della vita, son divenute irrisorie: questo provvedimento non nuocerebbe ai meno abbienti e più volonterosi perchè potrebbero ancora approfittare delle esenzioni e delle borse di studio ».

NOTIZIE DIVERSE.

Una stazione per la diagnosi sperimentale della tubercolosi e di altre malattie infettive a Palermo.

Rileviamo dalla « Rivista Sanitaria Siciliana » del 1° gennaio che presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Palermo è sorta e si va organizzando, mercè l'appoggio e il contributo della benemerita Direzione Generale della Sanità Pubblica, una Sezione speciale intitolata: *Stazione per la diagnosi sperimentale della tubercolosi e di altre malattie infettive.*

Dotata di locali proprii, attigui ma indipendenti da quelli dell'Istituto, fornita anche di mezzi propri e destinata ad un funzionamento autonomo, pur sotto la direzione medesima del titolare della cattedra, la detta sezione ha come obbiettivo quello di rivolgere a fini di utilità pubblica, nel campo della profilassi ed assistenza sanitaria, l'influenza e le risorse che possono derivare da un centro scientifico organizzato per lo studio dell'igiene, qual'è la cattedra universitaria.

L'opportunità di un simile obbiettivo non ha bisogno di essere guistificata: essa risponde a quel movimento generale dello spirito pubblico che spinge, oggi sempre più, l'igiene a far sentire nelle varie manifestazioni della vita sociale l'influsso benefico delle sue grandi conquiste, uscendo fuori, quando occorra, dalle aule accademiche e dai gabinetti, dov'essa è stata finora troppo confinata o rinchiusa.

La Stazione comprende un vestibolo, una sala per il prelevamento dei materiali, un laboratorio batteriologico, uno chimico, la « cucina » di laboratorio, una stanza per ricerche speciali, stanze per termostati e per la conservazione del materiale, la Direzione, la biblioteca, un ufficio amministrativo ecc.

Istituto e Scuola di perfezionamento in igiene e Polizia medica a Torino.

A norma dei vigenti regolamenti Universitari, nell'Istituto e Scuola di perfezionamento in Igiene e Polizia medica costituito nella R. Università di Torino, sono ammessi ad un corso di quattro mesi (febraio-maggio), i laureati in medicina, in veterinaria, in chimica e farmacia e i diplomati in farmacia, per studi preparatori agli esami pei posti di carriera sanitaria, governativi e comunali; e ad uno di due mesi (aprile e maggio), quelli che aspirano all'attestato di studi in igiene per essere nominati Ufficiali sanitari nei Comuni del Regno. Gli iscritti al primo corso, quadrimestrale, dovranno essere provveduti di un proprio microscopio, con obbiettivo ad immersione. La tassa di laboratorio, da pagarsi alla cassa universitaria, è di L. 150 per l'iscrizione al primo corso, e di L. 100 per quella al secondo. Le domande d'iscrizione devono essere dirette al Rettore della R. Università.

Per i posti vacanti nell'Amministrazione della Sanità Pubblica.

Un recente Decreto stabilisce le norme per coprire i posti vacanti nel personale dell'Amministrazione centrale e provinciale della Sanità pubblica.

Il Ministro dell'interno viene autorizzato a bandire concorsi per soli titoli, salvo alla commissione giudicatrice la facoltà di sottoporre i concorrenti a prove di esame, non lo ritenga necessario.

I limiti di età sono fissati tra anni 18 e 35; ma coloro che già si trovano in servizio della Sanità pubblica, anche a titolo provvisorio, straordinario o avventizio, sono ammessi ai concorsi con esonero dai limiti di età. La stessa norma si applica per l'ammissibilità ai posti conferiti senza concorso (per veterinario provinciale, di confine e di porto, segretari veterinari, assistenti veterinari).

Esiti di concorsi.

Presso il R. Istituto Lombardo di Scienze e lettere si è proclamato l'esito di parecchi concorsi; quello Fossati per la medicina (L. 2000) è stato vinto dal dott. A. C. Bruni di Torino; quello di farmacologia Zanetti (L. 1000) dal prof. Ganassini della Università di Pavia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Stab. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, resp.

Anno XXVII — *Roma, 9 febbraio 1920* — Fasc. 6.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il riflesso controlaterale del tendine di Achille

per il dott. A. GIANNELLI,
docente di neuropatologia e di psichiatria,
direttore del Manicomio provinciale di Roma.

Lo stimolo destinato a produrre un determinato riflesso può talvolta, quando la eccitabilità dei centri nervosi è aumentata, non rimanere limitato al corrispondente muscolo o gruppo di muscoli dello stesso lato, ma può diffondersi anche in un territorio muscolare del lato opposto (controlaterale) sia o no omologo a quello del lato stimolato. A questa categoria appartiene il riflesso controlaterale degli adduttori descritto da P. Maire e che si manifesta nell'arto inferiore opposto a quello nel quale si ricerca il riflesso rotuleo. Però la denominazione di riflesso controlaterale va estesa a tutti quei riflessi che si ottengono nel lato opposto a quello stimolato, sia che si tratti di arti superiori (1) o inferiori o di riflessi cutanei o tendinei.

Tra questi riflessi controlaterali quello del tendine di Achille è ricordato dal Dejerine (2) che dice di averlo osservato in casi di paraplegia spasmodica.

Dove la percussione del tendine di Achille produceva la flessione (plantare) contemporanea del piede nei due lati: Babinski e Moricand (3) lo hanno poi rilevato in un soldato di 36 anni nel quale la diagnosi non era certa; poteva trattarsi di una lesione radicolare o midollare consecutiva ad un'affezione vertebrale di natura bacillare, o di una lesione congenita, di spina bifida occulta; oppure tutto il quadro poteva ritenersi come il reliquato di una poliomielite anteriore.

(1) NOICA ha dimostrato l'esistenza di un riflesso controlaterale negli arti superiori degli emiplegici: la percussione sull'acromion, sulla clavicola e sulla cresta o sul bordo spinale o sull'angolo inferiore dell'omoplata sul lato sano dà luogo alla contrazione nel lato paralizzato delle fibre anteriori del deltoide, dei muscoli pettorali del bicipite braciale; e se la percussione è abbastanza forte anche dei muscoli lungo supinatore e flessori della mano e delle dita. (*Sur les reflexes tendineux,* etc. « Revue neurol. », n. 13, pag. 6).

(2) DEJERINE. « Semiologie des affections du système nerveux », II, pag. 945.

(3) BABINSKI et MORICAND. *Un cas de réflexe achilléen controlatéral,* etc. Soc. de Neurol., 11 avril 1918, « Revue Neurol. », nn. 3-4, 1918, pagina 414-15.

Considerata la rarità di tale riflesso controlaterale, credo utile publicarne i due casi seguenti:

OSSERVAZIONE I. — G... C..., di anni 51; ammogliato con figli; la moglie non ha avuto aborti; egli ebbe blenorragia, poi un'ulcera molti anni fa, prima di ammogliarsi. Non fuma; beve circa un litro di vino al giorno. Da 8-10 anni soffre di dolori «a lancetta» che sono localizzati superficialmente «sulla pelle», dice il malato. Da un anno si deve «sforzare» per emettere l'urina; da qualche mese vi è diminuzione del potere sessuale: udito diminuito da 1-2 anni.

L'esame mette in evidenza: oculomozione normale; VII e XII normali; mobilità capo, collo, tronco, arti normali. Dinamometria $D = 29$; $S = 29$; gli arti inferiori a gamba estesa possono essere flessi passivamente oltre l'angolo di 90 gradi; sensibilità normale; non Romberg e non Romberg-Oppenheim: rotulei appena accenati e non eguali (D > S); achillei pronti; percuotendo sul tendine di Achille sinistro, mentre il paziente è in ginocchio su d'una sedia, si ottiene la flessione del piede sinistro e spesso anche di quello destro; il movimento del piede sinistro e spesso anche di quello destro; il movimento del piede destro d'ordinario segue quello del piede sinistro, ma talvolta accenna decisamente a precederlo. Non Abadie. Pupille puntiformi e disuguali (S > D); Argyll-Robertson-Rinna e Weber normali; orologio percepito vicino al padiglione; cuore sano; polso frequente (94); secondo tono aortico leggermente rinforzato.

Una cura di iniezioni ipodermiche di salicilato di mercurio produce un miglioramento notevole nella minzione ed i dolori si riducono di intensità e di frequenza.

L'esame ripetuto sette e dieci mesi dopo mette in rilievo gli stessi fenomeni, compresa la produzione del riflesso del tendine d'Achille controlaterale quando si stimola quello del lato sinistro.

OSSERVAZIONE II. (Ambulatorio 9271). — G... D..., 19 anni, muratore, celibe: non lues, poco vino, poco fumo, poco caffè; padre e nonno paterno sono morti al manicomio. Fin da piccolo soffre di convulsioni; nel cadere non si è mai ferito: durante l'attacco non ha mai perduto orina, e non si è morso mai la lingua; perde però sempre completamente la conoscenza. Inoltre va soggetto a «giramenti di testa con perdita della vista» di brevissima durata e contemporaneo turbamento della coscienza.

L'esame mette in rilievo molti segni degenerativi; inoltre si notano tremito delle mani estese in atto del giuramento; motilità e sensibilità normali; pupille uguali; iridi pronte alla luce ed all'accomodamento; tendinei superiori normali; addominali e cremasterici pronti; rotulei deboli; alla percussione del tendine d'Achille sia a destra che a sinistra si ottiene un doppio rimbalzo dello stesso piede; quando poi lo stimolo cade sul tendine del lato sinistro si ottiene, non constantemente ma contemporaneamente, anche il riflesso del lato di destra; mentre lo stimolo del tendine destro rimane sempre limitato a questo lato. Tachicardia; non vi è il segno di Erbeu; durante l'esame del riflesso Dagnini (oculo-cardiaco) il polso si fa piccolo, ma non si rallenta.

La diagnosi della malattia, come risulta esposta nelle due storie cliniche riferite, non è difficile; nella prima osservazione si tratta di tabe dorsale, nella seconda di epilessia.

Nei casi del Dejerine la flessione del piede è contemporanea nei due lati: nel caso di Babinski e Moricand è solo la percussione del tendine di Achille sinistro che produce il riflesso controlaterale sinergico e sincrono al movimento del piede sinistro, mentre il riflesso achilleo destro non dà luogo a manifestazioni nel lato sinistro: nella mia prima osservazione anche da sinistra si produce il riflesso controlaterale destro, che però non è costante e non sempre è sincrono con esso perchè segue spesso quello del lato stimolato e qualche volta anzi accenna decisamente a precederlo. Anche nella seconda osservazione è lo stimolo del lato sinistro che dà luogo non sempre ma sincronamente al riflesso controlaterale del tendine d'Achille del lato destro.

Merita d'essere rilevato, forse come una semplice coincidenza, che eccettuati i casi di paraplegia spastica, nelle altre osservazioni finora esistenti è solo dal lato sinistro che si ottiene il riflesso controlaterale del tendine di Achille.

Mentre nelle due mie osservazioni il riflesso controlaterale esiste solo nel campo del riflesso tendineo e di un sol lato, nel caso di Babinski e Moricand spesso l'eccitazione del riflesso addominale o cremasterico di un lato dà luogo ad una risposta bilaterale, e così la produzione del riflesso plantare destro (in flessione) è accompagnata da leggera flessione controlaterale.

PROLUSIONI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.

Considerazioni intorno all'insegnamento della dermatologia e della venereo-sifilografia

per il prof. AUGUSTO DUCREY.

(Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente).

(Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente).

***

La gravezza della infezione sifilitica nell'individuo, per la possibilità di localizzazioni più varie in qualunque tessuto od organo della umana economia, a tipo risolutivo o profondamente distruttivo, capaci d'insorgere a qualunque età della infezione stessa, anche remota di molte diecine di anni; la contagiosità della malattia, più comune nell'età giovane di essa, che ha reso talora posibile, in condizioni favorevoli, il divampare di focolai assai estesi; la trasmissibilità ereditaria della infezione, che si esplica con la morte del prodotto del concepimento o con le lesioni

più o meno gravi del neonato, alcune delle quali possono imprimergli stigmate o difformità che lo accompagnano per la durata della vita, quando esso riesca a sopravvivere, ecco in riassunto le note caratteristiche di questa terribile malattia, che ha universalmente acquistata tristissima rinomanza e che può giustamente dirsi una delle maggiori calamità del genere umano.

Precisamente per la sua importanza incontestata, altissima — individuale e sociale — lo studio di questa infezione, minutamente e profondamente condotto, dal punto di vista clinico e terapico, da sifilografi illustri di tutti i paesi, aveva raggiunto un limite che non poteva essere sorpassato, senza la scoperta dell'elemento patogeno e la conseguente applicazione di ricerche sperimentali, assolutamente necessarie alla soluzione di problemi, che sarebbero rimasti altrimenti imperscrutabili. Per grande fortuna della umanità, a brevissima distanza di tempo, si ebbero insperatamente, in questi ultimi anni, quattro scoperte di capitale importanza: quella della inoculabilità sperimentale della sifilide ad alcuni animali; quella del microrganismo specifico, il treponema pallido; quella di una reazione sinodiagnostica, quasi specifica, della infezione stessa, la reazione del Wassermann, e l'ultima finalmente, non meno importante, quella di un nuovo farmaco, sorprendente nella sua azione rapidamente energica, uno speciale preparato arsenicale, che andava ad aggiungersi ad altri precedenti farmaci di azione antisifilitica, anch'essi, pronta ed efficace.

Queste quattro scoperte rivoluzionarono la patologia e la terapia dela sifilide. Con la ricerca del microrganismo, della reazione del Wassermann nel siero di sangue e nel liquido cefalorachidiano e la prova biologica dell'inoculazione agli animali si potè affermare la natura veramente sifilitica di lesioni nervose gravissime — tabe e paralisi progressiva — cne erano state bensì dall'acutezza di osservazione di sifilografi illustri considerate in rapporto alla malattia, ma di semplice origine non di natura (lesioni parasifilitiche); si ebbero mezzi di controllo prezioso nelle lesioni dubbie, della cute, delle mucose e di ogni altro organo; fu reso possibile lo studio sperimentale della superinfezione e della reinfezione sifilitica; si rischiararono problemi della più alta importanza nella sifilide ereditaria e si corressero errori che pur si credevano verità indistruttibili. E con l'acquisto del nuovo mezzo curativo, l'arsenobenzolo, si ebbero risultati terapici meravigliosi che, in alcune speciali contingenze, non avrebbero potuto essere ottenuti dai preparati precedentemente usati.

Un progresso realizzato, nel corso di pochi anni, veramente prodigioso! Ma naturalmente moltissimo resta a fare ancora ed un lavoro di controllo e di revisione s'impone prima di accettare conclusioni non tutte sufficientemente dimostrate e per avvolorare od abbattere ipotesi che furono create per spiegare fatti che l'osservazione clinica ci pone sott'occhio e che sono tuttora di dubbia interpretazione. La vastità dell'argomento e la brevità del tempo non mi consentono di entrare in particolari.

Dai mezzi di ricerca sperimentale che le recenti conquiste ci hanno procurato, applicandoli sempre più largamente allo studio di problemi, ancora insoluti, della sifilide, con la perizia ed il rigore di osservazione e di deduzione che ogni ricerca sperimentale impone per non cadere nella *sperimentulazione* del Baccelli, molta luce potremo ancora attenderci; ma bisogna pur considerare che la sifilide sperimentale degli animali non è la sifilide dell'uomo; che molti problemi non potranno attender la soluzione dallo studio di quella e la osservazione clinica dei sifilitici resta sempre la base necessaria per la giusta direttiva delle ricerche e per il giusto loro apprezzamento. La Clinica è sempre la grande Maestra ed io non so trovar, giovani carissimi, parole capaci a darvene quel profondo convincimento che da voi medesimi trarrete dalla vostra vita di ospedale, nel continuo contatto coi vostri infermi.

In sifilografia come in ogni altra branca della medicina la semplice osservazione clinica aveva già fatto intravedere fatti od anche stabilire leggi che gli studii di laboratorio posteriormente confermarono ed illustrarono. Perdonatemi se io mi permetto di rammentare che oltre 30 anni fa, nel 1888, quando si era ben lontani dalla scoperta della inoculabilità sperimentale della sifilide agli animali, della spirochete pallida e della reazione del Wassermann, io affermai la possibilità della reinfezione sifilitica anche in soggetto non ancora completamente liberato da lesioni della precedente infezione. Il caso si riferiva ad una giovane donna, con manifestazioni secondarie molto numerose, seguite ad una lesione iniziale del gran labbro, non ancora riparata che le era stata comunicata dal marito, quando sul capillizio persistevano ulcerazioni gommose in atto, dovute alla precedente infezione, contratta accidentalmente, molti anni prima, medicando una sua amica sifilitica. La cura antisifilitica fugò le manifestazioni secondarie e le terziarie. Quella osservazione, non soltanto dimostrò che la possibilità della reinfezione sifilitica non è la prova assoluta, come si soleva dire, della guaribilità della sifilide; ma dimostrò che nel periodo terziario la sifilide può nuovamente ridursi, come nel periodo iniziale, ad una lesione puramente locale

e l'organismo essere nuovamente recettivo di una infezione generale. I recenti studii sperimentali hanno confermato la osservazione clinica. E non fu forse la Clinica che aveva già affermato la possibilità di contagio da ulcerazioni gommose, quando il laboratorio dimostrò la presenza del microrganismo specifico nei prodotti terziarii?

***

Non può essere taciuto che le grandi ultime scoperte sulla sifilide indussero, pur troppo, molti, di vista corta, a credere che la ricerca della spirochete e della Wassermann rappresentassero oramai nella pratica comune, le basi diagnostiche della sifilide; che la osservazione clinica, con tutte le finezze raggiunte, aveva perduto quasi affatto ogni valore o per lo meno fosse passata in seconda linea; che la Wassermann negativa esclude la sifilide, la positiva impone l'uso dell'arsenobenzolo sulle vene e poche iniezioni di questo farmaco bastano ad ottenere la guarigione della malattia. Si ebbe financo la illusione che potesse bastarne una sola! Così le grandi scoperte, dalle quali la scienza e l'umanità avrebbero dovuto e debbono trarre — bene intese e ben applicate — immensi benefizii, per queste errate interpretazioni e falsi apprezzamenti, hanno cominciato, nella pratica comune, a produrre dei danni, i quali potrebbero divenire disastrosi, se in quelle interpretazioni ed in quegli apprezzamenti si persistesse. La diagnosi della sifilide, come di ogni altra malattia, non può esser posta con sicurezza sulla base di uno o due sintomi, sieno essi anche molto importanti; ma deve essere tratta da tutto il quadro clinico dell'infermo, bene osservato e rigorosamente vagliato in ciascuna delle sue parti, non esclusi i dati anamnestici, che nella sifilide bisogna saper raccogliere, talvolta con l'acutezza e la scaltrezza di un giudice istruttore, per le molteplici cause di possibili errori, dallo infermo medesimo ad arte procurati.

Non si dimentichi che la spirochete pallida può non essere rinvenuta o può essere talvolta scambiata con altre morfologicamente ad essa molto vicine, assai comuni sulla cute e sulle mucose e che ad ogni modo vi sono periodi della infezione nei quali essa, nel vivente, non saprebbe dove ricercarsi; che la reazione del Wassermann, delicatissima, non certo alla portata di tutti e tuttora in via di perfezionamento che la semplificassero e la rendessero più agevole e *più sicura*, non è una reazione assolutamente specifica, potendo riscontrarsi in altre malattie od anche in semplici alterazioni di singoli organi, non sempre sicuramente e facilmente apprezzabili. E ciò che più monta, essa può rispondere negativamente nella sifilide, non solo quando la malattia esiste, ma anche quando esistono manifestazioni attive e notevoli, più specialmente terziarie. Ogni sifilografo che veramente può dirsi tale, ha la sua soddisfazione di aver salvato infermi, nei qauli la ricerca della spirochete non poteva farsi o fu vana e la Wassermann aveva risposto negativamente, eppure la lesione che si aveva sott'occhio mostrava caratteri che la facevano riconoscere di natura sifilitica a chi sa osservare. In un avvocato, ancora giovane, con moglie e figliuoli, tutti, almeno apparentemente sani, che negava recisamente di aver mai contratto sifilide, con Wassermann negativa, affetto da profondo nodulo ulcerato della base della lingua con modica gonfiezza di un ganglio sottomascellare, cui l'amputazione totale dell'organo e lo svuotamento delle regioni sottomascellari erano stati imposti da valorosi chirurgi, concordi nella diagnosi di carcinoma della lingua, e senza dilazione, non volendo essi consentire ad una cura antiluetica di prova, per lo stadio molto avanzato della lesione — sulla base dello esame completo dello infermo e di alcuni peculiari caratteri della ulcerazione e dell'ingorgo del ganglio — io feci diagnosi di sifilide, mi opposi recisamente ad ogni atto operativo, magrado la grande responsabilità che assumevo, e con una cura di arsenobenzolo l'infermo fu salvo. Non fu quella una cura di prova, ma una cura dettata senza esitazione su diagnosi clinica sicuramente affermata. E per l'opposto, sulla base parimenti della semplice osservazione clinica, in un vecchio e noto parlamentare, attualmente senatore del Regno, nel quale era stata fatta diagnosi di sifilide primaria, sifilosclerosi della guancia e adenopatia sottomascellare satellite, *con reperto positivo della* spirochete pallida, affermata in *un laboratorio universitario* da persona che doveva considerarsi competentissima, io negai che si trattasse di sifilide, scorgendo nella lesione — ad un esame accurato — i caratteri di un gruppo di vescicole di herpes in periodo crostoso, su di una base flogisticamente assai infiltrata e nella adenopatia sottomascellare caratteri infiammatorii e non di infiltrazione specifica. Mi rifiutai in *modo assoluto* di iniziare una cura antisifilitica, malgrado le insistenze dello infermo giustificate dal reperto positivo del microrganismo specifico ed anche dalla cognizione ch'egli aveva dei grandi vantaggi della cura precoce e *volli che attendesse*. Dopo qualche giorno la lesione era scomparsa, la sifilide non esiteva e fu evidente lo errore in cui si era caduti nella individualizzazione, al microscopio, della spirochete. Questi due esempi, molto istruttivi, che ho tratto dalle mie note — non certo i soli che io abbia registrati — var-

ranno, giovani carissimi, più di qualsiasi calda esortazione, a darvi il convincimento della necessità, sopra ogni altra cosa, dello esame clinico preciso e della critica rigorosa dei fatti osservati. Se avrò raggiunto questo scopo, mi sarà più lieve il disagio che si prova tutte le volte che si è costretti di parlare di sè stessi. E sulla terapia della sifilide, la scoperta dell'arsenobenzolo, così meravigliosamente efficace, non si può nascondere che abbia creato nella mente di moltissimi l'errata e dannosa convinzione che esso debba essere l'esclusivo fondamentale farmaco della infezione, di cui produrrebbe la guarigione definitiva, da solo, con maggiore sicurezza e molto maggior rapidità. Altri non potendo e non sapendo dimenticare la scomparsa ugualmente maravigliosa di manifestazioni sifilitiche anche gravissime, che la storia della sifilide registra dovute al mercurio e l'abituale notevolissima efficacia di esso attraverso un periodo secolare di prova, contro tutti i sintomi della malattia che riesce a guarire definitivamente, restano fedeli al mercurio e ripudiano l'arsenobenzolo, che giudicano pericoloso nella pratica comune e con azione definitiva sulla infezione non sufficientemente dimostrata dal tempo ancora troppo breve di sua applicazione. Altri più giustamente, in una infezione di tanta gravezza come la sifilide, possedendo due armi dimostratesi potentissime, non sanno rinunziare a nessuna di esse e le adoperano entrambe.

La domanda troppo semplicista che tutti i giorni ci viene rivolta: quale è il miglior rimedio contro la sifilide, l'arsenobenzolo od il mercurio? e spesso più semplicista ancora; l'arsenobenzolo od il calomelano? (per l'azione molto energica ed oramai diffusamente nota di questo fra i preparati mercuriali), se può non sorprendere sulla bocca degl'infermi, troppo spesso disorientati da disparati ed anche opposti consigli che furono loro dati sulla cura da seguire, è imperdonabile quando ci viene da medici, i quali non dovrebbero ignorare che troppe condizioni legate all'organismo ed alla infezione stessa possono mutare profondamente la indicazione terapeutica. Il miglior farmaco è quello che risulta indicato, volta per volta, dallo studio minuto e completo dello infermo, da ogni punto di vista considerato e la cura nel suo insieme, ben più complessa di quanto si vuol credere, non sta esclusivamente nella scelta del farmaco, ma bensì anche nella scelta del preparato e della via di somministrazione di esso meglio appropriata, nella determinazione della dose giusta — che è affatto personale — e della durata di ogni tappa curativa e di quelle di riposo, non dimenticando, caso per caso, i precetti igienici ed ogni altro sussidio terapeutico coadiuvante, che completino la cura, la perfezionino e la rendano veramente efficace. Abitualmente si dimentica che la cura deve avere un doppio obiettivo, quello di combattere direttamente la infezione con i rimedii specifici e l'altro, non meno importante, di tenere alti i poteri di difesa dell'organismo contro la infezione che deve superare, organismo che può avere speciali bisogni per condizioni sue precedenti alla infezione o successivamente insorte, anche indipendenti da essa. Si dimentica che la infezione non può essere soffocata e vinta in un periodo breve di tempo, perchè nessuno degli specifici che possediamo è capace di farlo; malgrado le illusioni di qualche entusiasta, quelle guarigioni non sono che apparenti e temporanee. La sifilide può essere guarita definitivamente solo attraverso un certo numero di anni, che non è fisso, nè uguale per tutti, e di tappe curative sufficienti per ciascun anno, con preparati che si succedono o si alternano o si accoppiano, con quel criterio e tatto clinico che solo la lunga esperienza degl'infermi può dare.

Il non insistere su di uno stesso rimedio specifico e più ancora sullo stesso preparato è precetto che si desume dalla graduale progressiva diminuzione di efficacia che la osservazione clinica dimostra nei farmaci lungamente e monotonamente usati. Si vede accadere così per l'arsenobenzolo come per il mercurio. Ricordo un infermo, con sifilide di circa un anno, che s'infarciva da sè i glutei con iniezioni di calomelano, che erano del resto assai ben tollerate, il quale proprio durante una di queste tappe curative, fu dolorosamente sorpreso dallo insorgere di una paralisi facciale che lo incolse dopo qualche settimana di cefalia intensa e che fu seguìta da notevoli emiparesi di tutto un lato. Fui invitato per dare il mio giudizio sulla natura di quelle lesioni che anche il medico curante stentava a credere potessero riferirsi alla sifilide, della quale sembrava che l'infermo si curasse molto energicamente. Prescrissi frizioni con pomata mercuriale e contemporanee iniezioni di ectìna e lo guarì completamente nel corso di qualche mese. A proposito di questo caso clinico fo notare la possibilità di manifestazioni sifilitiche del sistema nervoso, spesso molto più precoci di quanto comunemente si creda e la efficacia grande delle frizioni con pomata mercuriale napoletana, purchè sieno bene eseguite, da vecchia esperienza clinica affermata e che molti sifilografi odierni hanno abbandonato per non apparire antiquati. E forse per la stessa ragione, alcuni giovani sifilografi appoggiandosi alla scarsa modificazione della Wassermann in seguito ad una cura di ioduro, non vogliono più sentir parlare di questo farmaco nella sifilide, lasciandosi così guidare da

una semplice prova di laboratorio. Indubbiamente la loro troppo breve esperienza non dette loro occasione di constatare i risultati veramente sorprendenti del solo ioduro, a dosi un po' alte, contro alcune manifestazioni terziarie, anche del sistema nervoso centrale. Potrei citare una massa di casi clinici di mia personale osservazione assolutamente dimostrativi; ma non oso abusare della loro benevola attenzione. Mi basterà rammentare che l'illustre sifilografo francese Fournier, osservatore acutissimo, la cui esperienza clinica non può essere da alcun altro superata scrisse che se mai sulla sifilide terziaria gli si fosse imposto di dover limitare la sua azione curativa ad un solo dei due farmaci più attivi, il mercurio e lo ioduro, egli senza esitazione alcuna avrebbe dato a quest'ultimo tutta la sua preferenza. La deduzione che si vorrebbe dunque trarre oggi dal laboratorio non può in alcuna guisa menomare od annullare quella solennemente affermata dalla Clinica.

Debbono anche considerarsi capisaldi nella cura della sifilide, alcuni precetti che non soffrono eccezione. La cura deve essere iniziata il più presto possibile e con la intensità curativa massima che la tolleranza dello infermo consenta, *ma non mai prima di aver fissata la diagnosi con sicurezza assoluta*. Troppo spesso s'incontrano infermi che, per consiglio medico, iniziarono la loro cura su di un semplice sospetto di sifilide o con diagnosi dubbia e per tutta la vita si tormentano in quest'angoscioso dubbio che è ben più grave della certezza e che limita straordinariamente la libertà di disporre di sè stessi.

Non si dica mai ad un sifilitico che la sua è una *sifilide leggiera*, perchè non è possibile prevedere quale sarà a evoluzione della malattia, anche quando nel suo inizio essa decorra senza scalpore e s'incoraggia così l'infermo a curarsi insufficientemente, senza la intensità, la durata e la costanza indispensabili alla guarigione. Tutti sanno che la tabe dorsale e la paralisi progressiva, nel più gran numero di casi, furono la manifestazione ultima di sifilidi così dette leggiere e conseguentemente mal curate. S'imponga ai propri infermi di segnare con precisione in un vademecum la data d'inizio della infezione, le prime manifestazioni di essa e le successive se ne insorsero, le varie cure eseguite con i farmaci e le dosi adoperate, il grado di tolleranza ad esse ed ogni altro particolare degno di menzione, elementi che saranno preziosi per ogni giudizio avvenire, in qualsiasi evenienza. Il curante ha il dovere di coadiuvare gl'infermi nella compilazione di queste note e non si permetterà mai di tenerli all'oscuro di tutto, e dei farmaci e delle dosi usate come accade troppo di sovente. Sarebbe utilissimo per lo infermo, quando ciò riesca possibile, che il dirigente la cura sia sempre il medesimo. *Non si dichiari guarito un sifilitico* se non se ne abbiano tutti gli argomenti di presunzione e di prova che la esperienza clinica ed il laboratorio ci consentono. Si terrà conto della data assai remota del contagio, della regolarità e sufficienza delle varie tappe curative, dei farmaci e delle dosi usate, delle manifestazioni che si ebbero nel corso della infezione e del tempo assai lungo di loro definitiva scomparsa, dello stato del sistema glandolare linfatico ritornato allo stato normale — constatazione questa di gran valore clinico — delle Wassermann negative, ripetutamente saggiate a notevole distanza dalla cessazione di ogni cura. Troppo spesso sul semplice risultato negativo della Wassermann si affermano guarigioni e si concedono autorizzazioni a nozze che, determinando contagi e trasmissioni ereditarie, soffocano in un pelago di dolori quelle che dovrebbero essere le più dolci gioie della vita.

* * *

Il processo di elcosi venerea e l'infezione gonococcica, più abitualmente localizzata agli organi genito-urinari e solo talvolta generale, ma più frequentemente di quanto si crede e con localizzazioni le più varie, dalle articolazioni ai tessuti dell'occhio, dalle grandi sierose alla cute, dal sistema nervoso al cardio-vascolare, costituiscono la venereologia, che è come appendice alla sifilografia. L'assoluta mancanza di tempo non mi permette considerazioni. Dirò solo che nei processi ulcerosi venerei, che impongono spesso diagnosi differenziali con sifilosclerosi ulcerose, non si tien conto abbastanza del precetto di *non far mai ricorso a medicazioni attive* quando la natura della lesione non sia stata prima definita, con *sicurezza assoluta*. Una medicazione attiva su di una lesione dubbia, modificandone profondamente i caratteri, la rende più oscura, anche se esaminata più tardi da occhio di indiscussa competenza. E quando sulla base dei caratteri clinici ed anche sul reperto del bacillo specifico, se necessario, la diagnosi di ulcera venerea fu stabilita — ed è utilissimo saperla fare precocemente, anche per evitare le facili autoinoculazioni — *pochissimi rammentano* che quando non vi sieno speciali controindicazioni, una causticazione unica, completa, profonda, con caustico capace di sorpassare sicuramente la zona d'invasione del microrganismo patogeno (è tutto qui il segreto della cura) determina la estinzione del processo morboso, *seduta stante*. La soluzione acquosa satura di cloruro di zinco, che si sap-

pia adoperare, raggiunge sempre questo risultato brillantissimo.

Restano così annullati i pericoli della deviazione fagedenica dell'ulcera, la più grave fra tutte, capace di distruzioni e mutilazioni spaventose che nessun ostacolo arresta, e si rende eccezionale la complicazione dell'adenite venerea, che non è sempre cosa dappoco che immobilizza spesso lo infermo per settimane, e che può dar luogo anche a grave fagedenismo. Contro di questo la soluzione di tartrato ferrico-potassico di Ricord, pur troppo messa fra i ferri vecchi dagli innovatori ad ogni costo, è di efficacia preziosa. Riuscì sempre a darmi la guarigione, e la ottenni completa anche in un soldato con fagedenismo travolgente, di cui forse non v'è l'uguale nella letteratura, che aveva distrutto affatto l'organo copulatore, occupato la cute dell'addome sin oltre l'ombelico, dal quarto superiore di una coscia di tutta la natica e regione sacro-lombare di un lato, e che si avanzava sempre più minacciosa, determinando anche qualche focolaio secondario d'autoinoculazione.

In quanto all'infezione gonococcica è da lamentare, in molti medici la insufficiente conoscenza della patologia di questo processo morboso; e la cura della malattia, cui medici ed infermi sogliono dare ancora troppo scarsa importanza, resta spesso sulle mani di empirici, fabbricanti e distributori di rimedi, con appellativo di *portentosi*. Anche la venereologia pur troppo, come la sifilografia, è campo futile per i disonesti. Il saper accompagnare nel paziente il processo blenorragico in tutte le fasi di esso, non trascurando mai il controllo al microscopio, indispensabile, più che mai — anche per le indicazioni curative — il coadiuvare i poteri di difesa naturale dei tessuti affetti contro l'elemento specifico; il non suscitare complicazioni con interventi inconsulti sono nozioni che dovrebbero possedere tutti i rimedi ed essere propugnate dai venereologi. I parassiticidi ed i metodi di cura diretti ad attaccare *presto ed energicamente* il gonococco, che assai per tempo si approfonda nei tessuti, non raggiungono lo scopo e provocano spesso complicazioni, fra le quali non ultima la epididimite, mettendo gl'infermi sulla via della infecondità e talora anche della impotenza. Non permettere, giovani carissimi, quando sarete medici che si sposino blenorragici non perfettamente guariti, i quali portano nel talamo nuziale i germi nefasti, che insinuandosi e prendendo domicilio fisso nei genitali interni della donna, suscitano alterazioni profonde che spegnono precocemente la floridezza *delle giovani spose* e si fanno causa di sterilità. La vaccinoterapia e la sieroterapia antigonococcica non hanno dato risultati che possano considerarsi definitivi.

Quale immensa mole di materia va compresa dunque nello insegnamento di questa branca speciale della medicina e — per la natura di molte delle affezioni che vi si studiano — quale e quanta responsabilità nell'insegnante e nello studioso di fronte all'individuo, alla famiglia ed alla Società! Bisogna tener anche presente che per la natura medesima di tali affezioni e per la qualità stessa dei soggetti, dissimili spesso da infermi di malattie comuni (parlo più specialmente dei venerei e dei sifilitici di ambo i sessi), è necessario che lo studioso acquisti intuizione e tatto speciali, che agevolino il suo non facile còmpito, sia nella raccolta dei dati anamnestici, frequentemente non veritieri, che nello esame obbiettivo. Questo, dovendo essere completo e comprendere tutto l'àmbito cutaneo, dal capillizio alle piante, e delle mucose accessibili, s'imbatte spesso, quando il soggetto d'esame sia una donna, in gravi difficoltà pratiche che vengono create da sentimenti di vero o di falso pudore. Queste difficoltà si vincono purchè sappiate guadagnarvi la fiducia e la confidenza delle pazienti, con quella dignità di osservazione e quel garbo signorile che debbono esser dote di ogni medico ed in modo speciale dal sifilografo. Anche molta prudenza ed avvedutezza serviranno ed evitare conflitti o tragedie familiari, che il medico ha il dovere di impedire che divampino, con intuito fine capace a prevenirle od a spegnerle sul nascere. Anche in questo campo, che potrebbe dirsi di educazione diplomatica medica specializzata, sarà necessario, giovani carissimi, che acquistiate speciale esperienza.

***

Aspirazione suprema della venereo-sifilografia è il poter ottenere, con la diagnosi e la cura precoce delle malattie veneree e della sifilide, protratta sino a guarigione completa degl'infermi una graduale diminuzione di esse, inaridendo così le fonti del contagio ed avviando la famiglia umana ad un'altissima rigenerazione fisica e morale. Tutto ciò costituisce parte essenziale del problema straordinariamente complesso della profilassi delle malattie veneree e della sifilide che si collega strettamente con quello della prostituzione che ha sempre affaticato le menti più elette di medici, igienisti, sociologi e giuristi.

E la profilassi antivenerea reclama oggidì più che mai un'azione eminentemente fattiva per la diffusione delle malattie veneree e della sifilide che si produsse durante la immane guerra e mi-

naccia di dilagare maggiormente nell'ambiente di lusso, di corruzione e di vizio che fu della guerra una delle conseguenze più nefaste. Certo io non posso soffermarmi neppure un istante su questo grave argomento, ma insisto sulla considerazione importantissima che nei riguardi delle malattie veneree e della sifilide specialmente la profilassi può esser fatta con risultati veramente eccellenti perchè noi possediamo contro di esse mezzi di diagnosi e di cura del più alto valore.

Se non che, a raggiungere lo scopo sono indispensabili facilitazioni grandissime di cura e ciò che più monta tutta una falange di sifilografi valorosi, i quali, educati ad una scuola pratica, abbiano acquistato sicurezza e prontezza diagnostica, senza di che non è possibile applicazione di cura sollecita ed appropriata. Naturalmente un'attiva ed intelligente propaganda di precetti igienici popolari che indichino le fonti ed i pericoli del contagio ed il miglior modo di evitarli, contribuirebbe moltissimo, con la educazione delle masse, ai fini della profilassi. E vi contribuirebbe ancora assai efficacemente la caccia senza tregua che dovrebbe essere data ai disonesti del Murri *« che per fame d'oro considerano la salute e la vita dei propri simili come una merce su cui sia lecito trafficare »* e dando agli infermi la illusione di una cura fanno loro perdere un tempo prezioso e li traggono ai più amari disinganni.

Io ho fiducia che la nostra Clinica, con lo interessamento vivissimo delle Autorità tutorie, che non potrà ad essa mancare, della Istruzione e dell'Interno, fuse entrambe nell'altissimo ideale della scuola e della salute pubblica, sarà messa al più presto in condizioni di locali, di personale e di arredamento che permettano utile e largo funzionamento di ambulanze, le quali serviranno bene alla profilassi, curando gran numero di infermi poveri e formando una scuola di perfezionamento pratico per i giovani medici che saranno elementi fattivi preziosi per la lotta avvenire.

Voi, giovani carissimi, che nei generosi impulsi della vostra età, sentite più vivo di tutti il bisogno imperioso del vostro cuore e della vostra mente di farvi i soccorritori delle miserie umane, con lo studio e la padronanza della venereo-sifilografia sarete in grado di combattere efficacemente uno dei più grandi flagelli della umanità e della vostra opera veramente feconda di bene, trarrete le più grandi e più nobili soddisfazioni della vostra vita. A me sarà caro di esservi compagno costante e guida amorosa in questa opera di bene, che è anche opera di solidarietà sociale.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI PIACENZA (REP. CHIRURGICO).

Spine bifide in adulti

per il dott. FRANCESCO FERMI, chirurgo- aggiunto.

Mi sono occupato di questo argomento in un precedente mio studio (Della Spina Bifida. *Il Morgagni,* Parte I, n. 8-9, 1911) trattando allora della spina bifida in generale. Anzi allora ho avuto speciale cura di raccogliere tutti i casi pubblicati di spina bifida in adulti, che in tutto sommavano a 45 soltanto.

Ciò m'indusse a ritenere che l'affezione in parola solo eccezionalmente fosse compatibile colla vita, ed in questo mio concetto mi confermava il fatto che osservatori provetti e chirurgi eminenti ed espertissimi si erano affrettati a pubblicare casi di spina bifida in adulti, soltanto per la rarità della forma morbosa.

Senonchè avendo osservato nel Comparto Chirurgico dell'Ospedale Civile di Piacenza alcuni casi di spina bifida in giovani dai 16 ai 17 anni, ho dubitato che la relativamente scarsa letteratura intorno a questo argomento, non fosse imputabile alla scarsità di casi clinici, ma piuttosto al fatto che questi difficilmente venivano a cadere sotto l'osservazione del chirurgo.

Passo subito a riferire la storia dei casi osservati:

I. — C... Luigi, d'anni 17, contadino, del comune di S. Pietro in Cerro (Piacenza), ricoverato nel Riparto Chirurgico dell'Ospedale Civile di Piacenza il 5 febbraio 1913.

Nulla di notevole nel gentilizio: non ci fu mai nella famiglia alcun membro affetto da difetti di conformazione e di sviluppo. Padre e madre viventi e sani.

La malattia, o meglio il vizio di conformazione per cui il paziente ricorre alle cure ospitaliere, è congenita. Già alla nascita, secondo quanto asseriscono i parenti, il neonato presentava alla regione lombare una tumescenza della grossezza di un uovo di gallina, ma siccome tale difetto non sembrava influire sulle funzioni vegetative, giacchè il bambino cresceva vispo e sano, i genitori non se ne curarono. Intanto col crescere del bambino cresceva pure progressivamente il tumore, fino a raggungiere le attuali proporzioni. Soltanto in questi ultimi tempi il padre, messo sull'avviso che il difetto poteva, in determinate circostanze, diventare pericoloso, si decise a ricorere all'opera di un chirurgo.

Il paziente si presenta in complesso come un giovanotto ben sviluppato. La nutrizione generale è discreta, il pannicolo adiposo e le masse muscolari normali: quanto al sistema scheletrico, che è pressochè normale in tutte le altre parti del corpo, presenta una irregolarità nella dire-

zione della colonna vertebrale (*scoliosi dorsale destra*). Esiste inoltre sulla stessa colonna vertebrale il difetto osseo di cui diremo in appresso, e che rappresenta la base della malformazione. Nulla di irregolare nelle singole funzioni vegetative e sensitive. Discreta l'intelligenza.

A livello delle IV, V e VI vertebre lombari si nota, al dorso, una tumefazione fortemente prominente, della grossezza di una grossa arancia, di forma tondeggiante sferica, con una base di impianto abbastanza largo, senza che per questo si possa dir sessile: è ricoperta da cute normale per circa due terzi della sua superficie, l'altro terzo è costituito da un tessuto cicatriziale lucido, teso, biancastro.

Colla palpazione si accertano i suddetti sintomi rilevati colla ispezione semplice, e di più si constata che il tumore è di consistenza elastica e manifestamente fluttuante: di più, affondando le dita alla radice del tumore stesso, si nota la totale mancanza dell'apofisi spinosa della V vertebra lombare: non è possibile, dato lo spessore dei tessuti sovrastanti, farsi un'idea precisa dell'entità della breccia ossea.

Colla pressione *in toto* del tumore, si riesce a farne diminuire alquanto la tensione che ben presto si ristabilisce: ciò indica che parte del contenuto può sfuggire dalla sacca, e che quindi è ancora pervia la comunicazione collo speco vertebrale. La tumescenza è indolente.

La diagnosi di *spina bifida cistica lombare* era evidente: era invece assai difficile decidere a qual varietà di spina bifida appartenesse il caso in esame. Era senz'altro da scartarsi l'ipotesi che potesse trattarsi di una varietà con larga partecipazione del midollo, per l'assenza completa di disturbi funzionali. Restava, è vero, il fatto che la soluzione di continuità dello scheletro doveva essere assai larga, poichè poteva essere apprezzata colla palpazione, il che non s'accorda spesso colla forma più benigna di spina bifida cistica e cioè col *meningocele;* ma a favore di questa diagnosi stavano tutti gli altri sintomi clinici.

Stabilita la diagnosi e deciso l'intervento radicale, mi accingo, per gentile concessione del Primario dott. L. Garovi, all'operazione il giorno 18 febbraio 1913.

Posizione del paziente inclinata verso il capo: cloronarcosi: incisione elittica alla base del tumore, scollamento dei due lembi e isolamento del peduncolo, piuttosto grosso, attorno al quale getto un laccio che stringo moderatamente. Apertura della sacca la cui superficie interna si dimostra uniformemente liscia e lucida: si constata comunicazione diretta della sacca collo speco vertebrale. Chiusura del colletto del sacco ed ecisione del meningocele. Plastica con lembi muscolo-aponeurotici tratti dalle masse lombari di sinistra.

Decorso ottimo: dopo nove giorni tolgo tutti i punti di sutura. Dopo 17 giorni il paziente vien dimesso completamente guarito.

II. — S... Ernesto, d'anni 16, del Comune di Vigolzone (Piacenza), ricoverato nel riparto chirurgico dell'Ospedale Civile di Piacenza il 24 gennaio 1914.

Nulla di notevole nel gentilizio: i genitori, viventi e sani, assicurano che nella famiglia non fu mai osservato alcun difetto di conformazione. Soltanto in questo loro bambino notarono, subito alla nascita, la presenza di una grossa tumescenza alla regione sacrale, che andò crescendo, ma di poco, col crescere dell'età. Non sembrando influire questo vizio di conformazione, sulla nutrizione del bambino, che cresceva abbastanza bene, non vi fecero gran caso nè pensarono di ricorrere per esso alle cure di un chirurgo.

Il bambino cominicò a muovere i primi passi assai più tardi della comune, nè la deambulazione fu mai perfetta per un certo grado di equinismo varo bilaterale.

Il paziente è inviato all'ospedale per la cura di una zona di gangrena al calcagno destro: una forma analoga a questa lo afflisse circa sei anni or sono, e dopo alcuni mesi di cure guarì. Ora, circa un mese fa, s'accorse di una diminuita sensibilità tattile di tutto il calcagno destro, dove contemporaneamente la cute, per quasi tutta la superficie del calcagno, prese una colorazione feccia di vino. Dopo qualche giorno il piede divenne sede di notevole gonfiore, mentre la cute del calcagno veniva sollevata in forma di grossa bolla.

E. O. — Individuo di costituzione gracile: di sviluppo scheletrico abbastanza regolare, con masse muscolari discretamente sviluppate, ma poco toniche. Pelle e mucose visibili pallide. Nulla di importante si rileva all'esame del torace e addome.

Alla regione sacrale si nota una grossa tumescenza, globosa, del volume di una grossa arancia, ricoperta in parte da cute normale ed in parte da una vasta cicatrice.

Colla palpazione si constata che la tumescenza è largamente sessile e fortemente impiantata sul sacro: cercando di affondare le dita alla base di questo tumore si riesce, specie al polo inferiore, a mettere in evidenza una discontinuità dello scheletro in corrispondenza della prima vertebra sacrale. Il tumore non è riducibile in proporzioni apprezzabili. I piedi sono leggermente equini vari. Al calcagno di destra si nota una larga soluzione di continuo in cui i tessuti scoperti si presentano di un colorito giallo brunastro, con scarsa secrezione di odore fetido. Tale soluzione di continuo è attorniata da un alone di cute cianotica ed edematosa, come, del resto, è edematoso tutto il piede.

La diagnosi di *spina bifida cistica sacrale* è evidente: quanto alla varietà di s. b. cistica è ovvio pensare ad un certo interessamento di elementi nervosi di qualche importanza, sia per il leggero vizio di conformazione degli arti inferiori, sia ancor più, per i sintomi di alterato trofismo cui devono riferirsi i dati obbiettivi rilevati al calcagno. Trattasi quindi di un mielocistocele o di un mielocistomeningocele dorsale, e corroborano questa diagnosi l'impianto largamente sessile del tumore e la discreta ampiezza della breccia ossea. Anche queste varietà di spina bifida sono operabili con successo, ma nel nostro caso l'intervento era sconsigliato dai notevoli disturbi neurotrofici su descritti, la cui causa non era logicamente prevedibile di poter rimuovere coll'intervento radicale.

Il paziente dopo una lunga degenza nel riparto, durante la quale fu esperita ogni cura topica con scarso successo, fu dimesso, appena migliorato, l'11 luglio 1914.

III. — M.. Maria fu Antonio, d'anni 16, contadina, del Comune di S. Giorgio Piacentino, ricoverata nel riparto chirurgico dell'Ospedale Civile di Piacenza il 2 marzo 1914.

Nulla di notevole nel gentilizio: la madre assicura che nella famiglia non si è verificato mai alcun altro caso di vizio di conformazione e di sviluppo.

Il difetto per cui la paziente ricorre alle cure ospitaliere è congenito. Riferisce la madre che subito alla nascita della bambina s'accorse di una tumescenza della grossezza di un piccolo mandarino, alla regione sacrale, di consistenza elastica e che si tendeva maggiormente durante gli sforzi del pianto. Tale difetto non sembrava aver influenza sullo sviluppo della bambina, sicchè i parenti non se ne preoccuparono mai soverchiamente. Notarono però che col crescere dell'età anche il tumore andava di qualche poco crescendo fino a raggiungere le attuali dimensioni che, per essere tali da alterare la linea del corpo in modo troppo evidente, certamente decisero la paziente e la famiglia a ricorrere all'opera del chirurgo.

E. O. — Stato di nutrizione discreto: sviluppo regolare: nessun arresto di sviluppo o malformazione ad eccezione di quella per cui ricorre alle cure ospitaliere. Solo si nota un leggero grado di ptosi palpebrale a destra. Intelligenza un po' torpida.

All'esame della regione sacrale si nota, impiantata appunto sul sacro, una grossa tumescenza globosa del volume di una testa di feto, sessile. Su tale tumescenza e più specialmente sulla faccia che volge a destra si nota una larga cicatrice che inferiormente termina in un infundibolo, in fondo a cui si apre un piccolo seno fistoloso: intorno a questo sorge un ciuffo di peli abbastanza lunghi. Il tumore ha consistenza molle elastica non flultuante: cercando di palpare lo scheletro verso la base d'impianto, non si riesce che ad accertare l'esistenza di una protuberanza ossea nello spessore del tumore, e precisamente nella sua parte superiore.

Introducendo uno specillo nel seno fistoloso lo si può far progredire per circa sei centimetri senza alcuna difficoltà. Dal seno fistoloso geme spontaneamente qualche goccia di un liquido fluido leggermente lattescente.

La diagnosi di *spina bifida* era anche in questo caso evidente. Non sembrava però trattarsi di una spina bifida cistica pura, giacchè il grosso tumore non era per nulla fluttuante, e la sua consistenza ricordava molto quella del lipoma, e, d'altra parte, il seno fistoloso, da cui gemeva scarso liquido, dimostrava l'esistenza nel tumore di una cavità segregante, probabilmente residuo di un'antica forma cistica apertasi all'esterno dopo aver perduto le connessioni collo speco vertebrale.

Il 14 marzo 1914 nella sala operatoria del Riparto Chirurgico dell'Ospedale Civile di Piacenza, previa narcosi cloroformica procedo all'intervento radicale.

Scolpisco sul tumore un taglio a losanga a maggior asse verticale, comprendendovi tutta la cicatrice e l'apertura del seno fistoloso: indi, con un altro taglio divergente scolpisco un lembo V che ribatto sul dorso. Con facilità isolo ed ecido il tumore.

All'esame di questo, in una massa di tessuto adiposo si nota una piccola cisti, a pareti sottili, comunicante coll'esterno per mezzo del seno fistoloso descritto e contenente una massa di colorito bruno-verdastro di consistenza vischiosa.

La cisti non è comunicante col canale vertebrale; però una propaggine di essa, a forma di cordone, che si insinua sotto una cresta ossea, sorgente al posto delle apofisi spinose della II e III sacrale, sta a rappresentare la comunicazione che forse primativamente doveva esistere, chiudendosi in seguito.

Decorso post-operatorio buono, disturbato solo dalla formazione di un lieve ematoma sottocutaneo. L'a. è dimessa guarita il 17 aprile 1914.

Mi sembra di poter ragionevolmente dedurre, dal fatto di aver potuto osservare in breve spazio di tempo tre casi di spina bifida in adulti, che questo vizio di conformazione è, più di quanto non lo si ritenesse per il passato, compatibile colla vita. Si comprende però come solo le forme più benigne possano permettere ai pazienti di raggiungere l'età adulta, e come quindi in questa età sia assolutamente prevalente il *meningocele semplice*.

Il caso che ho riferito per ultimo sembrerebbe dimostrare che la comunicazione tra lo speco vertebrale e il tumore cistico può obliterarsi anche dopo la nascita, dando così luogo ad una vera guarigione spontanea.

La prognosi dell'intervento radicale è assai più favorevole negli adulti che non negli infanti. I più frequenti successi dell'intervento tardivo si possono spiegare colla selezione avvenuta, delle forme più benigne, e quindi più facilmente operabili, le sole che permettano la vita per un certo tempo: mentre coll'intervento precoce vengono operati anche molti casi gravi (*mielocistoceli, mielocistomeningoceli*) forse non compatibili con una lunga vita.

Con tutto ciò condivido sempre l'opinione di chi afferma doversi operare precocemente, poichè anche se la percentuale delle guarigioni sarà così meno alta, e la statistica meno brillante, maggiore sarà il numero dei disgraziati, nati con questo vizio di conformazione, effettivamente guariti e salvati.

Nota. — Per la bibliografia rimando al lavoro già citato al principio di queste note: *Della Spina Bifida*, «Il Morgagni», parte I, n. 8-9, 1911.

☛ Sull'ENCEFALITE LETARGICA pubblicheremo nei Fasc. 2 e 3 della nostra Sezione Medica una Memoria completa del dottor *ECONOMO* di Trieste, il quale ha studiato a fondo tutti gli aspetti della recente epidemia.

Il avoro sarà accompagnato da parecchie tavole illustrative.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le diverse varietà d'ittero e la loro ricerca clinica.

BRULÉ *Gazette des Hopitaux*, n. 42-43 luglio 1919.

Fino a qualche anno fa lo studio clinico degli itteri sembrava abbastanza semplice: soleva parlarsi di ritenzione biliare soltanto quando il colorito giallo della cute era evidente e in ogni caso ci si contentava di notare l'intensità dell'ittero, la scolorazione delle feci e la presenza di pigmenti biliari nelle orine colla prova di Gmelin, prova che riesce positiva solo quando la ritenzione biliare è intensa. Per solito non si ricercavano i sali biliari, ovvero si ricercavano con la prova di Pettenkofer poco sicura, e raramente si praticava la prova di Hay o dei fiori di zolfo. Tutti gli itteri così studiati sembrava dipendessero da un ostruzione delle vie biliari. Venne poi un periodo in cui per opera di Gubler, Hayem, Chauffard, Gilbert cominciarono a studiarsi delle forme d'ittero leggiero con tinta giallastra minima, itteri chiamati secondo gli autori *emafeici, pigmentari, acolurici, urobilinici*. Finalmente le ricerche degli ultimi anni hanno provato che alcuni itteri son legati a processi emolitici, che molti itteri infettivi son dovuti a infezione discendente d'origine sanguigna, che in molti casi non esistono affatto lesioni delle vie biliari, che talvolta può aversi ritenzione biliare dissociata, possono cioè èsser ritenuti nel sangue ora i pigmenti biliari, ora i sali biliari soltanto. Inoltre si è visto che gli elementi della bile esistono frequentemente nelle orine, quando la colorazione della cute è del tutto normale e che in clinica si possono aver tutti i gradi di passaggio dall'ittero più lieve a quello più intenso in dipendenza della stessa infezione o intossicazione. Lo studio degli itteri, se è divenuto così più complesso, permette in compenso di rischiarare meglio le ipotesi patogenetiche.

In ogni ittero gli elementi della bile ritenuti nell'organismo si accumulano nel sangue e si ritrovano nell'orine. Nel sangue si possono svelare la bilirubina, che si deposita nei tessuti e dà la colorazione gialla dei tegumenti e delle mucose e i sali biliari, che son causa del prurito e della bradicardia. A seconda poi che la ritenzione della bile è dovuta a un ostacolo più o meno completo delle vie biliari, si avrà scolorazione più o meno spiccata delle feci, fuorchè in certi itteri da iperproduzione dei pigmenti biliari, in cui le feci conservano il colorito normale.

Nell'esame di ogni ittero bisogna dunque ricercare i segni d'impregnazione biliare dei tessuti, gli elementi della bile nelle orine e nel sangue, lo stato delle feci.

Impregnazione biliare dei tessuti. — Ci si rende conto di essa esaminando la cute e le congiuntive, che assumono una colorazione gialla più o meno intensa, tanto da poter rapidamente giudicare da essa dell'intensità della ritenzione biliare, avvertendo però che può già esistere ritenzione, quando ancora non appare la colorazione gialla. Il prurito e la bradicardia sono inconstanti; essi si hanno per solito quando l'intossicazione dei sali biliari è recente.

Ricerca degli elementi della bile nelle orine. — Si devono ricercare parallelamente i pigmenti biliari veri e modificati, specialmente bilirubina e urobilina e i sali biliari. Pei pigmenti invece di praticare la prova di Gmelin poco sensibile, si può ricorrere a quella di Grimbert: precipitazione dei pigmenti per addizione all'orina di cloruro di bario $^1/_{10}$, isolamento del precipitato per centrifugazione e aggiunta ad esso di alcool cloridrico, ebollizione e se v'è bisogno aggiunta di qualche goccia d'acqua ossigenata: si ha così la colorazione verde caratteristica della biliverdina.

Per la ricerca dell'urobilina bisogna considerare che nelle orine fresche essa esiste sotto forma di urobilinogeno, il quale può esser trasformato in urobilina con aggiunta di qualche cristallo di persolfato d'ammoniaca. Una reazione buona è quella di Grimbert: l'urina è purgata col reattivo di Denigès e poi filtrata in un'ampolla, dove si trovi del cloroformio timolato, si agita e si decanta il cloroformio e si aggiungono alcune goccie di soluzione alcoolica di acetato di zinco $^1/_{1000}$: si ha così la caratteristica fluorescenza verde dell'urobilina. L'urobilina, già ritenuta come un pigmento speciale secreto dal fegato, o dovuta alla trasformazione da parte dei reni della bilirubina ritenuta nel sangue, ovvero dovuta a un'azione enteroepatica, proviene secondo Brulé dalla trasformazione nel sangue e nei tessuti della bilirubina in urobilina. La riprova di ciò starebbe nel fatto che ogni volta che appare urobilinuria si può ritrovare l'urobilina nel sangue o in altre sierosità dell'organismo. Per ricercare i sali biliari, invece della prova di Pettenkofer poco sensibile, si può adoperare quella di Hay. Questa va praticata nelle orine del mattino appena emesse. È basata sul fatto che i sali biliari, diminuiscono notevolmente la tensione superficiale dei liquidi, in cui sono disciolti, in modo che se vi si fanno cadere dei fiori di zolfo, questi vanno più o meno rapidamente al fondo.

Ricerca dei pigmenti e dei sali biliari nel sangue. — Per la ricerca dell'urobilina sono stati

escogitati vari metodi (Gilbert, Herscher, Posternack, Grigant, Fouchet), ma questi hanno più valore scientifico, che importanza pratica. Nella maggior parte dei casi è sufficiente riconoscere un'urobilinuria, la quale è indizio di aumento della bilirubinemia. Nessuna tecnica sensibile ci permette la ricerca dei sali biliari nel sangue.

Esame delle feci. — Non si deve oggidì esaminare soltanto la scolorazione più o meno spiccata delle feci, ma si deve ricercare lo stercobilinogeno o la stercolina che sono la trasformazione dell'urobilina nell'intestino. La stercobilina può facilmente ricercarsi triturando le feci insieme coll'alcool amilico e aggiungere qualche goccia di soluzione alcoolica di acetato di zinco. La prova di Pettenkofer per la ricerca dei sali biliari è piena di errori; ma ci si può rendere conto della loro presenza nell'intestino con la ricersa nel sangue degli *emoconi*, particelle brillanti di natura grassosa visibili all'ultramicroscopio. Infatti dalle ricerche di Brulé, Lemierre, André Weill e Landat risulta che quando nell'intestino non passano i sali biliari, scompaiono gli *emoconi* nel sangue, giacchè i grassi ingeriti non vengono affatto assorbiti nell'intestino in assenza dei sali biliari.

Praticamente l'assenza di *emoconi* nel sangue dopo 2-3 ore dall'ingestione di 15 gr. di burro, permette di concludere per l'arresto totale del passaggio dei sali biliari nel duodeno.

Itteri da lesioni del fegato e da ostruzione delle vie biliari. — Fino a qualche anno fa ogni ritenzione biliare veniva attribuita a un'ostacolo all'escrezione della bile, ostacolo che negli itteri catarrali o infettivi consisteva in un tappo di muco che chiudeva il coledoco infiammato o in un'obliterazione infiammatoria delle piccole vie biliari intraepatiche; negli itteri cronici (cirrosi, colemia familiare) le ritenzione biliare era dovuta all'angiocolite.

Attualmente però si sa che, nella maggior parte dei casi d'itteri infettivi, l'infezione delle vie biliari è discendente, avviene cioè per via sanguigña e manca quindi ogni ostruzione o lesione delle vie biliari, come del resto è stato constatato all'autopsia. Ugualmente dicasi dell'ittero nelle cirrosi biliari e alcooliche. In tutti questi casi è però sempre costante la lesione della cellula epatica.

Ritenzione biliare dissociata. — Nel 1910 Brulé e Lemierre, studiando con la prova degli emoconi il comportamento dei sali biliari, constatarono ora presenza di sali e assenza di pigmenti biliari nell'intestino, ora viceversa assenza dei sali e presenza dei pigmenti. Altri autori contemporaneamente (Triboulet, Lyon-Caen) e in seguito (Lemierre e Abrami, Abrami e Cl. Gautier, Brault, e Garban, Faugeron) constatarono la stessa ritenzione biliare dissociata, Brulé e Lemierre la riprodusero inoltre sperimentalmente nei cani, iniettando sieri epatotossici e giunsero alla conclusione che solo una malattia del parenchima epatico, della cellula epatica, poteva spiegare questa dissociazione; giacchè mal si comprenderebbe come un ostacolo delle vie bilari impedisse soltanto ai sali o viceversa ai soli pigmenti il passaggio nell'intestino.

Ritenzione biliare latente. — Le ricerche sistematiche degli elementi della bile nelle orine fanno molto frequentemente svelare una ritenzione biliare anche nei casi dove restava sconosciuta e dove mancava qualsiasi tinta itterica o subitterica. Le ricerche di Brulé e Garban nelle malattie del fegato senza ittero (cirrosi, tubercolosi del fegato, cancro del fegato, fegato cardiaco), nelle malattie infettive acute (tifo, polmonite, infezioni strettococciche, appendicite, reumatismo articolare acuto, suppurazioni, gangrene), nelle intossicazini (cloro o etero-narcosi, alcoolismo, gravidanza) hanno fatto molto spesso constatare la presenza dei sali biliari e dell'urobilina nelle orine. Questi disturbi della funzione biliare indicherebbero ora alterazioni durevoli della cellula epatica, ora lesioni facilmente riparabili, come l'albuminuria leggiera febbrile indica lesioni passeggiere dei reni.

Differenti gradi della ritenzione biliare. — La ritenzione biliare latente non è che il primo grado dei disturbi della funzione biliare. Per successivi passaggi più o meno sensibili si giunge da essa all'ittero attenuato (urobilinico) e all'ittero franco e grave. Nell'ittero latente si trova una piccola quantità di sali biliari e urobilina nelle orine, mentre la colorazione della cute e assolutamente normale. In quello attenuato l'urobilina e i sali biliari nelle orine divengono più abbondanti e appare lieve subittero congiuntivale e cutaneo. Di questa forma d'ittero, chiamata dagli autori emafeico, metapigmentario, acolurico, urobilinico, Brulé distingue due varietà: una più rara, deve essere posta fra gli itteri emolitici, giacchè mancano i sali biliari nelle orine e vi esistono lesioni caratteristiche nel sangue; l'altra invece, nella quale si riscontrano sempre urobilina e sali biliari nelle orine, non è che una ritenzione biliare attenuata, in cui la mancanza dei pigmenti biliari veri nelle orine è dovuta alla colemia poco intensa.

Nei casi d'ittero franco la ritenzione biliare può essere parziale o totale e può essere riconosciuta ricercando la stercobilina nelle feci e gli emoconi nel sangue, i quali attestano la presenza dei sali biliari nell'intestino. Altre volte

la ritenzione può essere dissociata. Del resto questa ritenzione biliare e per conseguenza il quadro clinico, varierà secondo che la malattia si ripercuote solo sull'apparato epato-biliare o lede simultaneamente altri organi, specialmente il rene. Nel corso degli itteri infettivi si osservano così tutti i passaggi fra l'ittero catarrale, gli itteri infettivi febbrili e gli itteri gravi, nei quali ultimi si hanno anche lesioni renali.

Mentre queste forme cliniche erano una volta attribuite ad altrettante varietà di lesioni anatomiche: ispessimento della bile, coledococite, angiocolite, ecc., oggidì secondo Brulé costituiscono differenti gradi di una stessa lesione: la lesione della cellula epatica. Mentre la ritenzione biliare latente è segno di lieve insufficienza epatica, l'ittero grave invece dimostra lesioni profonde del fegato. Tutti gli itteri infettivi oggi devono secondo Brulé venir considerati come setticemie a localizzazione epatica, ipotesi confermata dalla scoperta delle spirochetosi ittero-emorragica. Ammettendo inoltre che la ritenzione biliare è spesso conseguenza di una lesione del paranchima epatico, si comprende anche come nelle intossicazioni (cloroformio p. es.) si possano avere tutte le diverse varietà d'ittero.

Ogni lesione parenchimale diffusa del fegato può dunque produrre ritenzione degli elementi della bile, come le lesioni renali son causa di ritenzione dei cloruri e dell'urea. Si crede classicamente che ogni lesione grave della cellula epatica produca *acolia* (*acolia pigmentaria di Hanot*), ma Brulé sostiene invece che le acolie descritte non sono che ritenzioni biliari incomplete con urobilinuria.

Itteri per ostruzione delle vie biliari. — Sono secondo l'A. più rari degli itteri per insufficienza epatica, e si hanno in certi itteri catarrali, nella litiasi biliare, nei tumori maligni e benigni ostruenti o comprimenti la via biliare principale. Clinicamente è spesso difficile distinguere questi itteri da quelli per insufficienza epatica.

Una ritenzione biliare dissociata permette di escludere un ittero da ostruzione. Inoltre le ritenzioni biliari minime, gli itteri urobilinici sono per solito dovuti più a lesione della cellula epatica che ad ostruzione delle vie biliari. Gli itteri da ostruzione finalmente retrocedono rapidamente appena tolto l'ostacolo, mentre quelli da insufficienza epatica spesso retrocedono lentamente e presentano talvolta piccole riacutizzazioni.

Itteri emolitici. — Nella maggior parte dei casi è facile distinguerli dagli itteri d'origine epato-biliare, poichè non presentano decolorazione delle feci, sono *colemie puramente pigmentarie* (Vidal, Abrami, Brulé), ossia i grassi vengono assorbiti normalmente e non esistono sintomi d'intossicazione da sali biliari, i quali non si ritrovano mai nelle orine; sono inoltre *itteri urobilinici,* in cui raramente si ritrovano i pigmenti biliari nelle orine; sono in altre parole una varietà di ritenzione biliare dissociata, ma a patogenesi speciale, poichè non esiste qui una ritenzione isolata dei pigmenti per lesione della cellula epatica, ma esiste una formazione eccessiva di pigmenti biliari a spese dell'emoglobina dei globuli rossi distrutti. Oltre ai segni di ritenzione biliare si ha poi una sindrome anemica che può divenire intensissima: ipoglobulia più o meno accentuata, presenza di emazie granulose in abbondanza, spesso isoagglutinazione delle emazie, raramente presenza di emolisina nel siero, e particolarmente diminuzione della resistenza globulare.

Le tre grandi varietà d'ittero, ittero per insufficienza epatica, ittero per ostruzione delle vie biliari, ittero emolitico, possono in certi casi associarsi fra loro; un ostacolo meccanico delle vie biliari può produrre una lesione epatica e lasciare, dopo tolto l'ostacolo, una ritenzione biliare da insufficienza epatica; un'intossicazione, un'infezione possono contemporaneamente ledere il fegato e il sangue e dar luogo a un ittero misto, emolitico e da insufficienza epatica; una stessa infezione infine, come le sifilide, può determinare ora un ittero da insufficienza epatica, ora un ittero emolitico.

CESETTI.

CHIRURGIA.

Dell'intervento d'urgenza nell'appendicite acuta.

(A. GOSSET e F BERGER. *La Presse Médicale,* n. 75, 10 dicembre 1919).

Ogni malato affetto da appendicite acuta, trattato come conviene, deve provare, se il caso è favorevole, un sollevamento nettissimo in capo a 4-5 ore. I dolori devono essere diminuiti; la contrattura dev'essersi rilasciata; la temperatura abbassata; il polso rallentato; i vomiti cessare. Se uno solo di questi segni, malgrado un razionale trattamento, aumenta o riappare, l'intervento d'urgenza s'impone.

Il *dolore spontaneo* trae il suo valore prognostico dalla sua intensità. In presenza di una forma ad inizio dolorosissimo *d'emblée,* l'operazione d'urgenza è la migliore soluzione.

Quando il clinico, portando le sue investigazioni nella fossa iliaca destra, non vi trova sempre il dolore ricercato, non deve abbandonare la prima ipotesi, che è stata di appendicite. Se non esiste dolore nella fossa iliaca destra, può essere che l'appendicite non sia là, ma che sia pelvica

o retro-cecale. Domandate al malato se ha avuto minzioni frequenti o dolorose, e l'esame del piccolo bacino con l'esplorazione rettale potrà dimostrarvi la presenza di dolore in corrispondenza del Douglas. Se non trovate niente, esplorate la regione lombare destra e spesso un dolore marcatissimo in corrispondenza di questo punto vi permetterà di diagnosticare un'appendicite retro-cecale.

Nei giovani soggetti, è raro che il dolore spontaneo sia riportato *d'emblée* alla fossa iliaca destra: i bambini per lo più localizzano il dolore intorno all'ombelico.

La ripresa dei dolori dopo un periodo di calma più o meno lungo ha un'importanza capitale. A qualunque momento essa si produca, costituisce una indicazione operatoria imperiosa, e ciò anche all'infuori di ogni altro sintomo: l'appendicite o è piena di pus, o sta per rompresi per sfacelo, o s'è già rotta.

La *contrattura addominale,* indice della reazione del peritoneo, può essere localizzata alla fossa iliaca destra o generalizzata a tutto l'addome. Davanti ai casi di difesa localizzata accentuatissima bisogna operare; a *fortiori* se la contrattura è generalizzata. Se essa è localizzata e se per una ragione qualunque non potete intervenire subito, riesaminate il vostro malato in capo a qualche ora e, se questa contrattura persiste o aumenta in rigidità e in estensione, bisognerà decidere l'intervento.

Lo stato del *polso* ha un valore considerevole; se, all'infuori di ogni altro sintomo allarmante, il polso diviene rapido, depressibile, temete una forma tossica, senza grande reazione peri-appendicolare, ma particolarmente grave.

La *temperatura* alta fin dall'inizio della crisi, indica in generale una forma grave. L'elevazione della temperatura costituisce un'incognita e può segnare l'inizio di una forma evolvente verso la suppurazione o verso una forma tossica. La ripresa della febbre dopo qualche giorno di apiressia conduce egualmente all'intervento. Questo sintoma, d'altra parte, esiste raramente da solo e si associa il più delle volte ad altri sintomi da parte del polso, della parete addominale, ecc. La febbre può mancare completamente o la temperatura abbassarsi al di sotto del normale, e può trattarsi invece di una delle forme più gravi.

I *vomiti* abbondanti e ripetuti depongono in favore dell'atto operativo precoce, ma è sopratutto la ripresa dei vomiti che costituisce un'indicazione d'urgenza. La natura stessa di questi vomiti ha una certa importanza: sebbene il vomito verde, considerato generalmente come un segno di infezione peritoneale, sia lungi dal rispondere sempre a questa eventualità, deve tuttavia far fare sempre una prognosi più riservata che il vomito puramente alimentare o biliare. Quanto al vomito nero, esso indica sempre una forma grave in cui il fegato è già preso e non bisogna tardare ad intervenire.

In certe forme di appendicite si osserva fin dall'inizio la *diarrea.* La quale si associa spesso a sintomi d'intossicazione generale, con rapidità del polso, tendenza al raffreddamento, ecc., e se gli altri segni di appendicite non sono tipici può dar luogo ad errori di diagnosi, orientando per es. verso la febbre tifoide.

L'*alterazione della facies,* che esiste raramente da sola, ha una grande importanza. Un malato affetto da appedicite grave non è mai colorito; spesso i suoi tratti sono tirati, le labbra bianche, lo sguardo brillante, e dalla semplice ispezione del malato si può giudicare della gravità del caso.

Fra i segni più rari, che depongono per il rapido intervento, sono l'*ittero* o il *sub-ittero* e l'*ematuria.*

Infine, se ci si trova di fronte ad un malato che è stato purgato, sapendosi che frequentemente con tale pratica coincide la perforazione appendicolare, bisogna considerare la forma come grave.

E' evidente che in presenza di un'appendicite che non vediamo che in capo a 48 ore e che non presenta più alcun sintomo allarmante, vale meglio aspettare la risoluzione della crisi. È evidente egualmente che, se si esamina troppo tardivamente l'infermo e si constata l'esistenza di un piastrone manifesto nella fossa iliaca destra, è preferibile aspettare il raffreddamento, pronti ad intervenire se compare uno dei segni di aggravamento studiati. Queste forme, d'altra parte, evolvono piuttosto verso una suppurazione da principio incistata. Vi sono infine dei casi in cui si è chiamati abbastanza tardivamente quando si è già sviluppato un ascesso peri-appendicolare abbastanza voluminoso, con salienza formata dalla raccolta purulenta o iliaca, o lombare, o sotto-epatica, o pelvica (esplorazione rettale). Constatato l'ascesso, conviene intervenire il più presto possibile, allo scopo di non lasciare il tempo alla barriera neo-membranosa di rompersi e infettare la grande cavità peritoneale. Se poi si ha la fortuna di vedere l'ammalato all'inizio dell'appendicite, conviene di operarlo sistematicamente, anche in assenza di sintomi allarmanti.

In presenza di uno dei segni di aggravamento dell'appendicite, nessuna considerazione deve far ritardare l'atto operativo. La tendenza sincopale, lungi dal far ritardare l'appendicectomia, deve invece affrettarla. L'ittero o il sub-ittero, conseguenza diretta dell'infezione appendicolare, non costituiscono un argomento contro l'atto operativo. Vi sono delle forme di appendicite che s'ac-

compagnano, al loro inizio, ad uno stato dispnoico particolare, vero stato pseudo-asmatico d'origine tossica, che non costituisce egualmente un argomento serio contro l'intervento.

Trattamento d'urgenza. — *L'anestesia* eterea è la preferibile nella maggioranza dei casi. L'etere affatica il fegato e i reni, spessissimo insufficienti, molto meno del cloroformio, nè è vero, d'altra parte, che provochi accidenti polmonari. In presenza di un miocardio indebolito, di un ittero costituito, conviene ricorrere all'anestesia locale novocaino-adrenalinica. La rachianestesia è poco indicata.

All'ammalato si darà la *posizione* orizzontale se si suppone la presenza di una certa quantità di liquido settico nell'addome, una leggera inclinazione (di circa 20°) in semi-posizione di Trendelenburg se si opera un'appendicite cronica o raffreddata.

La più vantaggiosa delle *incisioni* è quella di Mac Burney. In caso di drenaggio di breve durata, i muscoli, una volta tolto il drenaggio, hanno tendenza a chiudere per la stessa loro tonicità l'orificio lasciato da esso. Se è necessario, nel corso dell'intervento, d'ingrandire le dimensioni dell'incisione parietale, s'incide in alto o in basso perpendicolarmente all'apertura fatta nel piano profondo, trasformando così l'incisione di Mac Burney in quella di Roux. Nelle appendiciti con raccolta sotto-epatica l'incisione sarà riportata verticalmente verso l'alto. In certe forme pelviche, specialmente nella donna, sarà bene di praticare l'incisione soprapubica mediana.

La *protezione del peritoneo* deve essere effettuata con la più gran cura prima di tirare il cieco fuori.

L'appendicectomia dev'essere fatta sistematicamente, poichè l'evacuazione del pus intra-addominale è insufficiente se non è rimossa la causa. Se l'appendice è aderente e non può essere facilmente condotta fuori, sarà tolta per via retrograda, previa sezione alla base e liberazione dalla base verso la punta. Quest'appendice sarà spesso friabile, qualche volta sfacelata alla punta, e perciò bisognerà afferrarla con grandi precauzioni. Se l'infossamento del moncone nel cieco è reso difficile dal fatto della friabilità cecale conviene rinunziarvi.

La *ricerca dell'ascesso* dev'essere fatta con cura se l'appendice non è libera: in generale si tratta di un ascesso pelvico o retro-cecale. Se si trova dietro il cieco un ascesso localizzato, bisognerà sempre verificare se non esiste, fatto frequente, una seconda collezione nel bacino. La ricerca dell'ascesso retro-cecale si farà rialzando il cieco e scollando progressivamente la sua parete infero-esterna: bisognerà ricordarsi che la parete interna di questa collezione, quella che la separa dalla grande cavità, costituisce il più delle volte una debolissima barriera, che bisogna guardarsi di sfondare.

L'epiploon, spesso aderente all'appendice, avrà qualche volta partecipato al processo di necrosi e dovrà in questo caso essere resecato.

Prima di procedere al drenaggio e alla ricostruzione della parete, bisogna, in tutti i casi, sbarazzare la sierosa del liquido che può esservi e togliere le false membrane che ricoprono le anse intestinali. Sarà bene di versare, terminando, una certa quantità di etere nel ventre.

Il *drenaggio* è spesso inutile allorchè si opera nelle prime 36 ore, e nei casi in cui l'appendice è poco alterata e nella cavità peritoneale si rinviene una piccola quantità di liquido chiaro, giallastro, trasparente: deve essere la regola se si trova pus o liquido torbido.

B. MASCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

(Seduta del 19 dicembre 1919).

Sul trattamento dei gozzi con iniezioni parenchimatose.

MORONE G. — L'O. riferisce i risultati ottenuti nella Clinica Operativa di Pavia in 38 casi di gozzo (di cui 35 parenchimatosi, 2 misti, 1 cistico) con le iniezioni interstiziali di tintura di iodo diluita al terzo, associate ad iniezioni iodo-iodurate generali. Si ottennero sempre guarigioni in un tempo vario di 1, 2, 3 mesi nella maggioranza dei casi, con un massimo di 9 mesi nel caso primo di voluminoso gozzo bilaterale.

Il numero di iniezioni praticato fu relativamente scarso, di sole 8, 10 in diversi malati e con una media più frequente di 15-25 iniezioni: le differenze di comportamento vanno messe in relazione con il volume del gozzo e con la sua costituzione anatomica.

Nessun accidente si ebbe mai a lamentare: anzi con la tecnica consigliata dall'O. si può dire eliminato anche ogni disturbo lieve e transitorio.

Sebbene il periodo di tempo trascorso dopo la cura vada da 3 a 7 anni per il maggior numero delle osservazioni, non si ebbe a notare che una sola recidiva, in un gozzo gelatinoso, comparsa a distanza di due anni e mezzo in seguito ad una gravidanza.

L'O. espone i criteri di scelta dei casi specie riguardo la varietà del gozzo, la sua durata e l'età del malato; la tecnica adottata, ed il meccanismo intimo con cui si compie la guarigione.

Illustra poi i casi più interessanti di cui presenta le fotografie prima e dopo la cura.

Megacariociti e piastrine.

A. PERRONCITO. — L'A., discussi gli argomenti tratti dall'osservazione e dall'esperimento, messi in linea per dimostrare l'origine delle piastrine dai megacariociti, ed esposte le proprie ricerche fatte in animali normali e trattati col salasso o con iniezioni di pirodina, arriva alla conclusione che la derivazione delle piastrine da megacariociti, secondo la dottrina di Wright, non può ritenersi dimostrata.

Osservazioni sulla struttura dell'epitelio della mucosa vescicale.

D. CATTANEO. — Nelle cellule epiteliali della vescica urinaria l'apparato reticolare interno di Golgi si presenta in modo differente da quello che si riscontra negli altri elementi epiteliali. Mentre nelle cellule degli strati profondi è rappresentato da un'entità morfologica circoscritta e limitata da una parte del corpo cellulare, nelle cellule superficiali è esteso a quasi tutto il protoplasma, lasciando libero solo la porzione più superficiale ed offre caratteri di analogia col reticolo descritto nelle cellule nervose.

I condrosomi dell'epitelio della vescica, che si presentano senza apprezzabili differenze negli strati profondi, medî e superficiali, per i loro caratteri morfologici si differenziano dall'apparato reticolare interno.

Con una grande costanza si rilevano, specialmente nelle cellule superficiali, granulazioni osmiofile ammassate specialmente in giro al nucleo. Esse non provengono da trasformazione di mitocondrî e rappresentano un prodotto del metabolismo cellulare, probabilmente di natura secretoria.

Contributo allo studio delle vaccinazioni.

A. GASBARRINI. — L'O. riferisce i risultati di alcuni tentativi di vaccinoterapia antigrippale eseguiti su forme quasi tutte associate a focolai multipli di broncopolmonite.

Furono usati vaccini antigrippali, antistreptococcici, antipiogeni. Quasi sempre si ebbe il caratteristico quadro reattivo per l'iniezione endovenosa di vaccino, ad eccezione di qualche caso gravissimo e che fu seguìto da morte.

Quanto all'effeto del vaccino sulle condizioni generali degli infermi e sull'andamento della malattia, non è possibile, secondo l'O., trarre una conclusione precisa, occorrendo estendere su vasta scala le prove; tuttavia i risultati ottenuti inducono a ritenere che anche nella pandemia grippale la vaccinoterapia possa, come in altre infezioni, esplicare, entro certi limiti, effetto utile.

L'iniezione endovenosa di vaccino sembra esplicare un'azione più pronta, e fors'anche più vantaggiosa di quella sottocutanea, come del resto avviene per altre infezioni; non conviene tuttavia, secondo l''O., esagerare dando sempre la preferenza alla via endovenosa, ma limitarla alle forme d'influenza complicata, e stare bene in guardia che non esistano controindicazioni per non ricorrere in accidenti spiacevoli.

Guarigione della frattura di un trapianto.

G. VERGA. — Un soldato operato di trapianto di un segmento di perone per pseudoartrosi della tibia, guarito in modo assai soddisfacente, il quale il giorno 22 maggio u. s., cadeva di bicicletta, riportando la frattura dell'innesto osseo nel suo punto di mezzo. La frattura semplice, trasversa, a superficie regolare come un taglio osteotomico netto, presentava uno spostamento dei monconi in senso anteroposteriore. Ridotta cautamente la frattura e chiuso l'arto in apparecchio gessato, passarono circa 4 mesi senza che il focolaio di frattura desse alcun segno di attività osteogenetica. Solo nel settembre cominciarono ad aversi i primi segni di consolidazione e l'esame radiografico svelò l'iniziarsi di un callo di origine periostale che andò rapidamente sviluppandosi e irrobustendosi, così da avvolgere a guisa di manicotto i due frammenti e da dare all'arto una completa solidità.

L'O. dimostra una serie di radiografie attraverso le quali è possibile eseguire il processo di formazione del callo e presenta l'operato perfettamente guarito. A. GASBARRINI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Adunanza del 19 dicembre 1919.

Ricerche sperimentali sopra le modificazioni che subisce la sostanza colorante biliare nell'apparato intestinale.

SIMONINI R. — Ricerche sistematiche sopra feci di tratti differenti del tubo intestinale di 67 bambini, deceduti per diverse malattie. Risulta: che le successive trasformazioni del pigmento biliare nell'intestino, quelle avvengono per opera dell'epitelio e non della flora batterica; in alcune condizioni particolari dell'intestino, il pigmento biliare può percorrere il viscere senza modificarsi;

che può aversi bilina anche nel neonato al-

levato al seno ed al biberon, e che essa può rilevarsi in feci di vari segmenti intestinali, oltrechè dal cieco;

che reazioni diverse (rosso, bianco, verde, giallo e gradazioni) possono dare feci di tratti differenti dell'intestino dello stesso soggetto;

che la colorazione bianca (e sue gradazioni) si ottengono in casi nei quali si riscontrano altre colorazioni in feci di altri segmenti intestinali dello stesso soggetto;

che la colorazione bianca e sue gradazioni, non sono sempre indizio di alterata funzione del fegato, potendosi essa riscontrare anche con cellula epatica normale, o ben poco alterata, e che essa può verificarsi anche allora che i processi di ossidazione sono estremamente ridotti, come in certi stati preagonici.

Partecipazione del tessuto osseo in certe forme di miopatie idiopatiche e nell'amioplasia del Concetti

SIMONINI R. — Ricordati i caratteri differenziali e propri di queste diverse forme, l'O. passa ad illustrare i reperti radiologici in esse ottenuti, per i quali è facile avvertire come non solo il tessuto muscolare, ma anche quello osseo partecipi egualmente e sempre al processo morboso. Nelle miopatie l'osso appare esile, più trasparente nella diafisi e nell'epifisi, più liscio, smussato nelle sue creste e rugosità. La sostanza caorticale è sopratutto deficiente. Nella forma del Concetti quasi tutti questi caratteri pure si avvertono, ed inoltre ritardo in alcuni punti di ossificazione, specialmente nelle ossa carpali e dell'avambraccio. Si dovrebbe quindi parlare in questi casi di osteo-miopatie, di osteo-amioplasia. L'O. passa in rassegna le diverse ipotesi avanzate. Ritiene che la patogenesi potrebbe trovare plausibile spiegazione in una ipovascolarizzazione dell'osso, nel suo minor nutrimento.

Ricorda come nella scafocefalia e nella trigonocefalia, le ossa presentino sinostosi precoci, ipertrofia ed altri caratteri messi da Hamy, Topinard e Frassetto in rapporto con un'ipervascolarizzazione, crede che l'opposto possa avverarsi nei casi in cui l'osso si sviluppa deficiente o manchevole in alcune parti, in relazione cioè con una scarsa o mancata nutrizione per ipovascolarizzazione.

Con questo modo di vedere che l'O. illustra ampiamente si potrebbero meglio intendere certe forme più particolari, come la periostioaplasia, la disostosi cleido cranica, ecc., in cui vi ha aplasia in rapporto sia all'ossificazione periostea che a quella cartilaginea. Nei casi presi in esame la pressione massima e minima sono state sempre assai inferiori alla norma.

Partecipano alla discussione Donati, Tarozzi, Pes, Luzzatto, Silvestri, Biancheri, Levi ai quali l'O. risponde.

Contributo allo studio del sarcoma del mesenterio nell'infanzia.

D. R. GRECO. — Crisi dolorose che da un anno circa comparivano tratto, tratto, diffuse a tutto l'ambito addominale. Decorso clinico senza rialzo termico. Tumefazione dura, leggermente bernoccoluta, senza zone fluttuanti, della grossezza circa di una mela arancia, mobilissima.

Sangue pressochè normale; un certo grado di eosinofilia.

L'aspetto del soggetto si mantenne buono fino a discreta estensione del processo.

Diagnosi differenziale con tumori delle glandole retroperitoneali; cisti del mesenterio; neoplasie renali e vescicali; tumori del Pancreas, dello stomaco, della milza e del fegato; processi di tiflite, peritiflite, appendicite e da ultimo con i tumori fecali e con le forme neoplastiche intestinali. La diagnosi fu confermata all'atto operativo fatto dal chiarissimo prof. Donati.

Esiti insoliti della sindrome di Gradenigo.

D. A. BIANCHERI. — Ha avuto occasione di osservare in clinica chirurgica due casi di otite suppurata con violenti dolori al temporale e parietale, e paralisi dell'abducente dello stesso lato, con singolarità del decorso e dell'esito.
rurgica due casi di otite suppurata con violenti dolori al temporale e parietale, e paralisi dell'abducente dello stesso lato, con singolarità del decorso e dell'esito.

Uno riguarda una donna con otite cronica che dura da molto tempo ed in cui la sindrome è inscenata da sette mesi e persiste. L'altro si riferisce ad un uomo che dopo tre mesi da un'otite, quando l'otorrea era scomparsa, presentò la sindrome in parola e morì con fatti di meningite.

Il reperto del 1° caso stabilisce la possibilità di una evoluzione cronica della lesione, senza complicanze. L'autopsia del secondo mette in chiaro una lesione dell'apice della rocca con la pachimeninge ispessita e distaccata in questo punto da cui poi deve essersi diffusa l'infezione che ha invaso le meningi e condotto a morte il paziente. Considerata la relativa incertezza ancora dominante se la sindrome dipenda da riflessi labirintici, da lesioni della piameninge circoscritte, o da lesioni ossee e pachimeningite, il secondo caso reca un contributo reale a quest'ultima ipo-

tesi, ed il primo lascia supporre, con molta probabilità lo stesso meccanismo.

Nella stessa seduta fu commemorato, dal dottor D. A. Biancheri, il socio prof. D. U. NIZZI, mancato dopo brevissima malattia, contratta nell'esercizio della professione.

R. SIMONINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'osteopsatirosi diabetica.

Le complicazioni ossee del diabete non sono frequenti. Se i dati sperimentali hanno chiaramente dimostrato la influenza dell'iperglicemia sul trofismo osseo, le osservazioni cliniche al riguardo sono scarse. Vermeuil nel 1883 osservò che la iperglicemia agisce sfavorevolmente sulla formazione dei calli ossei. Secondo Bouchard il diabete può provocare un vero stato osteomalarico dovuto all'azione decalcificante degli acidi circolanti.

Bonorino Udaondo (*Revista de la Associatión médica Argentina,* 1919, aprile-maggio) ha osservato due casi di diabete con una fragilità ossea tale che piccoli traumatismi provocavano una serie di fratture. Nel primo si ebbe frattura dell'omero sinistro e destro e della rotula; nel secondo frattura della tibia e del perone sinistro e dell'omero destro. La consolidazione di tutte queste fratture fu lenta e seguìta da calli voluminosi.

Queste constatazioni cliniche hanno, come si è detto, riscontro in una abbondante e conclusiva sperimentazione. Cassaet e Beylot, iniettando in conigli soluzioni zuccherate fino a provocare glicosuria, videro in tre casi su quattro prodursi fratture spontanee. Parisot, ripetendo gli stessi esperimenti, osservò non solo la produzione di fratture, ma anche di deviazioni ossee. Robert e Parisot negli stessi conigli così trattati studiarono il ricambio del calcio e trovarono che mentre nei conigli normali il calcio nel residuo secco trovasi nella proporzione del 27-28 %, nei conigli iniettati discendeva a 24-25 %. Rispettivamente bisogna notare che se nei diabetici la calchimia non è costante, è certamente molto frequente: se si ammette che un individuo normale emetta con le urine ogni 24 ore tre milligrammi di calcio per kilogr. di peso, i diabetici ne emettono fino a 7 mmgr.

Toralbo, Noorden, Teubaum ed altri hanno constatato con molta frequenza questa ipercalciuria. Teubaum l'attribuisce alla speciale alimentazione dei diabetici, altri l'attribuiscono alla semplice glicosuria. Ma Gerhardt, Schlesinger e Lepine hanno dimostrato che questo fattore è insufficiente, e che la ipercalciuria si deve alla intossicazione acida acetonemica. Ed è più che probabile che la distrofia ossea sia in rapporto con la ipercalciuria. Parisot nei suoi già accennati esperimenti notò che le maggiori lesioni ossee si avevano negli animali che emettevano maggiori quantità di ossalato di calcio e di carbonato e fosfato. Loeper d'altra parte ha dimostrato il potere decalcificante dell'acido ossalico. È verosimile che le carie dentarie tanto frequenti nei diabetici abbiano la stessa origine.

Le su esposte considerazioni costituiscono una guida per il trattamento. Occorre consigliare ai diabetici, specie a quelli che hanno tendenza alle distrofie ossee, una dieta con elementi ricchi di calcio o anche la somministrazione di preparati di calcio. *dr.*

Rapporti fra il morbo di Flajani-Basedow, il diabete e la glicosoria.

Le osservazioni di Williamson (*Lancet,* 6 settembre 1919) tendono a comprovare quanto segue: il morbo di Flajani-Basedow è talora seguìto da diabete, spesso accompagnato da glicosuria leggera e temporanea: comunque, in tali malati si ottiene facilmente (con 20 o 30 gr.) una glicosuria alimentare.

In qualche raro caso, il diabete zuccherino è seguìto dal morbo di Basedow. Ambedue le malattie possono svilupparsi dopo uno *shock* mentale, od una viva emozione, e coesistere nella storia patologica di certe famiglie. Certi individui, affetti da gozzo esoftalmico presentano talvolta nausee, vomiti, inappetenza ed un dimagrimento considerevole; in qualche caso, si trova la reazione dell'acido diacetico nell'urine, senza glicosuria, e si potrebbero quindi ravvicinare questi stati patologici all'acetonemia del diabete.

L'A. consiglia, dal punto di vista terapeutico, la restrizione degli alimenti zuccherini nei basedowiani anche se non glicosurici. In quelli poi, che presentano vomiti permanenti, acetonemia e presenza di acido diacetico nell'urina, si potranno dare, per qualche giorno, degli alimenti zuccherini e degli alcalini. *fil.*

Sistema nervoso simpatico e glicosuria.

Langdon Brown (*Lancet,* 31 maggio 1919) in una conferenza al Royal College of Phisicians di Londra illustrò i rapporti tra glicemia e glicosuria, e la influenza che il sistema nervoso simpatico e quello endocrino hanno su tali rapporti. Egli distingue le glicosurie nel modo se-

guente: *A*. Glicosuria di origine renale: *a*) senza iperglicemia (avvelenamento da floridizina); *b*) con iperglicemia (veleni renali: uranium) — *B*. Glicosuria dipendente da iperglicemia: *a*) indipendente dal glicogeno contenuto negli organi, diabete; *b*) dipendente dal glicogeno contenuto nell'organismo e provocato da stimolazione del simpatico, stimolazione centrale (analogo alla eccitazione del quarto ventricolo): caffeina, stricnina, esfissia e stimolazione dei nervi sensitivi; stimolazione periferica: adrenalina.

Dopo avere dettagliatamente discussa la importanza del pancreas nella produzione del diabete Langdon Brown osserva che la ipersecrezione della ipofisi abbassa sempre la tolleranza dello zucchero e può produrre una glicosoria, e che il sistema nervoso simpatico può produrre glicosuria attraverso la eccitazione della ipofisi, come hanno dimostrato Weed, Cushing e Jacobsen. È noto che anche la somministrazione di estratto tiroideo determina glicosuria, ed è probabile che la glicosuria gravidica sia in rapporto ad un'eccitazione che lo stato di gestazione induce sulla tiroide e sulla ipofisi. Si può quindi concludere che la glicosuria può essere prodotta sia da una ipofunzione del pancreas, come da una iperfunzione della tiroide e della ipofisi ed anche delle surrenali. Ma se non c'è un'affezione di qualcuna di queste glandole bisogna domandarsi come avviene lo sbilancio. È probabile che la eccitazione del simpatico produce da una parte aumento dello zucchero nel sangue e dall'altra stimola la funzione tiroidea, ipofisaria e surrenale. Aumentando la secrezione delle glandule che abbassano la tolleranza dei carboidrati ed inibendo le glandule che sollevano la tolleranza stessa, il simpatico fa aumentare la quantita di zucchero nel sangue fuori ogni limite, donde la glicosuria. Brown osserva che la incapacità di assimilazione dei carboidrati alimentari in rapporto alla deficienza pancreatica produrrebbe disturbi del metabolismo molto più profondi di quelli determinati dalla iperfunzione di glandule capaci di aumentare la mobizzazione dello zucchero, perchè queste ultime si limiterebbe ad agire, unicamente su i carboidrati accumulati nell'organismo, i quali non sono in grandi quantità. Ciò si accorda col fatto che la glicosuria ipofisaria e tiroidea sono sempre meno gravi e più suscettibili di risentire l'azione di medicamenti in confronto della glicosuria dipendente da affezione pancreatica.

La più giusta classificazione delle glicosurie persistenti sarebbe la seguente: 1. Di origine *organica* con lesioni anatomiche delle glandule endocrine con iperfunzione dell'ipofisi, della tiroide, e delle surrenali e con ipofunzione del pancreas; 2. Di origine *simpatica*, senza lesioni anatomiche delle glandule endocrine, ma con iperfunzione funzionale per eccitazione da parte del simpatico, della tiroide, dell'ipofisi e delle surrenali e con ipofunzione funzionale del pancreas.

Il diabete spontaneo diventa così un'affezione del sistema nervoso.

Il diabete è dovuto ad una deficienza dell'ambocettore pancreatico, dovuta o a lesioni anatomiche del pancreas, o ad un'azione inibitoria del simpatico sulla secrezione interna del detto organo, i cui effetti possono essere aggravati dalla eccitazione da parte del simpatico di altre glandule endocrine. *dr.*

Glicosuria renale ereditaria.

J. Brugsch e K. Dresel (*Med. Klinik,* 1919, n. 39) osservano che i glomeruli renali sono impervi al glucosio che in quantità normale è contenuto nel sangue. L'iperglicemia diabetica danneggia il glomerulo in modo da renderlo in seguito incapace a trattenere anche quantità minime di glucosio. Questo stato dei glomeruli, che nel diabete è dunque secondario, può essere in alcuni individui non diabetici, primario; si tratta in questi casi di un difetto costituzionale, per il quale i glomeruli lasciano passare il glucosio, contenuto nel sangue in quantità normale. Questo difetto costituzionale è ereditario; colpisce molti membri di una stessa famiglia. La glicosuria che ne risulta è spesso congenita; la quantità di glucosio eliminato coll'urina non supera in essa il 0,1 %; il contenuto del sangue in glucosio è normale. La somministrazione di idrati di carbonio non fa aumentare nè il contenuto di glucosio nel sangue, nè l'eliminazione di esso per le urine.

Si tratta di una glicosuria benigna; dei bambini l'hanno sopportata per oltre 18 anni senza alcun danno, mentre nei bambini diabetici si manifesta rapidamente una forma grave, con eliminazione di acetone e acido acetacetico; subentrano in breve tempo il coma e la morte.

Nella glicosuria renale è perciò inutile ogni terapia; il diminuire la somministrazione degli idrati di carbonio avrà l'unico effetto di far deperire i malati. POLLITZER.

Il diabete e le malattie chirurgiche.

W. Weiland (*Münch. mediz. Woch.,* 1919, numero 27) osserva che i rapporti tra diabete e traumi sono stati più volte ammessi per considerazioni di indole teorica, senza che tuttavia si potesse con fatti dimostrare che a un pregresso

trauma fosse da riferire l'insorgenza di un vero diabete. La guerra ha fornito l'occasione di osservare un gran numero di traumi e tra i traumatizzati il numero dei diabetici non è stato alto; secondo l'opinione di V. Noorden, i cosiddetti diabetici di guerra erano individui già precedentemente disposti alla malattia e si può al più ammettere che in essi le condizioni della vita di guerra abbiano solo accelerato la comparsa dei primi segni della malattia. Secondo le osservazioni dell'A. la guerra avrebbe avuto una influenza minima nel produrre il diabete; avrebbe invece sinistramente influito sul decorso di diabetici preesistenti.

Dal momento nel quale il paziente è colpito da un trauma fisico o psichico la malattia immediatamente si aggrava e il coma spesso fa seguito immediatamente al trauma.

Per quanto incerto è il concetto del diabete traumatico altrettanto certa è l'esistenza della glicosuria post-traumatica, sulla quale per primo richiamò l'attenzione Minkowscki indicando che dopo i più svariati traumi, come dopo operazioni chirurgiche, si osserva frequentemente una glicocuria transitoria la quale, come si è poi conosciuto, talvolta si rivela spontaneamente, tal'altra solo in seguito a somministrazione di alimenti idrocarbonati.

L'A. ha studiato 83 fratturati col seguente metodo. Le urine venivano saggiate dopo una alimentazione mista e quelle che presentavano zucchero venivano ancora esaminate fino a che la glicosuria non scompariva. Nei soggetti nei quali la glicosuria non esisteva veniva eseguita la prova della glicosuria alimentare secondo Naunyn.

La determinazione dello zucchero nelle urine veniva fatta o con la fenilidrazina o con la fermentazione; contemporaneamente si determinava lo zucchero del sangue o col metodo di Knapp o con quello di Bertrand.

I risultati furono i seguenti: nel 48,1 % non si ebbe glicosuria nè spontanea nè alimentare; nel 3,6 % si rivelò un vero diabete che per il concorso di altri segni si dovette ritenere preesistente; nel 7,2 % si ebbe una glicosuria alimentare e nel 40,9 % una glicosuria spontanea.

Gli esami del sangue dimostrarono una iperglicemia tanto nei casi di glicosuria spontanea come in quelli di glicosuria alimentare; si trovarono anche casi di iperglicemia senza glicosuria e infine non si potè trovare un rapporto costante tra lo zucchero del sangue e quello delle urine.

La glicosuria traumatica dipende da una transitoria alterazione del sistema nervoso forse prodotta da shock, forse da embolie grassose o da stimoli di nervi periferici; essa è molto frequente, ma ha un significato del tutto diverso dal diabete e non si è potuto constatare che un diabete vero prendesse origine da una glicosuria traumatica.

Le malattie che più frequentemente complicano il diabete sono l'eresipela, la foruncolosi, gli ascessi, i flemmoni, i favi e i processi gangrenosi delle estremità, le suppurazioni dell'orecchio medio e la cataratta. Questi processi morbosi acquistano un carattere particolarmente grave negli individui nei quali il trattamento del diabete non era stato istituito o era deficiente, mentre sono in proporzione molto meno frequenti e meno gravi nei soggetti convenientemente trattati.

Per quel che riguarda le indicazioni operatorie nei diabetici si può dire che le operazioni di urgenza vitale debbono essere eseguite sempre; le operazioni necessarie debbono essere, per quanto è possibile, eseguite dopo un trattamento antidiabetico; le operazioni di compiacenza debbono essere sconsigliate.

EGIDI.

Gli interventi chirurgici nei diabetici.

I pericoli degli interventi chirurgici nei diabetici sono da attribuirsi a due ordini di cause: l'iperglicemia, che produce la suppurazione e l'acidosi, che provoca il coma post-operatorio. Mentre la prima non fa che rallentare la guarigione e può essere combattuta con un regime appropriato, l'acidosi provoca facilmente la morte, dopo poche ore o qualche giorno, specialmente nei diabetici denutriti, tanto più se sono già in preda ad acidosi.

Sono generalmente più temibili (Laggé, *Annales de méd.*, vol. V, n. 5) i grandi traumi ed i lunghi interventi, ma è specialmente l'anestetico che costituisce il pericolo più grave. Il più dannoso è il cloroformio; quasi altrettanto è l'etere; meglio sopportato è il cloruro d'etile, quantunque sia sempre preferibile la rachianestesia e l'anestesia locale.

Per prevenire i pericoli accennati, si farà precedere ogni operazione in un diabetico, da uno speciale trattamento, che consisterà in caso di iperglicemia senza acidosi, in un regime misto con poca carne e riduzione degli idrati di carbonio.

Contro l'acidosi si daranno legumi secchi e avena o latte, e bicarbonato di sodio: non si farà il digiuno preoperativo. Prima dell'intervento, si daranno 40 gr. di bicarbonato di sodio, e, dopo l'operazione, si somministrerà ancora bicarbonato di sodio per bocca o per iniezione en-

dovenosa, fino a 100 gr. Il trattamento alcalino, combinato con i regimi anzidetti, si continuerà fino a scomparsa di ogni reazione dell'acidosi.

r. s.

Risultati del trattamento moderno del diabete.

Il nostro giornale si è già occupato varie volte del trattamento del diabete con il metodo di Allen. Esso consiste nel tenere il paziente a digiuno fino a scomparsa della glicosuria e dell'acidiosi, nel regolare successivamente la dieta in modo da impedire l'eliminazione di zucchero e di corpi chetonici. L'errore dei vecchi metodi era quello di concedere troppe protcine e troppo grasso, per mantenere costante il peso del paziente. Invece è importante distribuire i tipi di alimenti in giuste proporzioni, ed intercalare i giorni di digiuno e di mezzo digiuno.

H. T. Geyclin (*Journ. Am. med. Ass.*, 18 ottobre 1919) ha fatto uno studio sui casi di diabete curati nell'ospedale presbiteriano dal 1912 al 1918. Con il nuovo metodo, la mortalità è ridotta alla metà, le morti in coma, ridotte a quasi un terzo.

E' però necessario osservare scrupolosamente la dieta, anche nei casi di diabete lieve. I giorni di digiuno e di mezzo digiuno sono generalmente molto utili, non vanno però prescritti sistematicamente a tutti i pazienti.

Il paziente deve regolare le sue attività secondo le quantità di calorie che introduce; quindi l'esercizio fisico è dannoso e gli è preferibile il riposo.

Una dieta con preponderanza relativa di grasso (180 g. ed oltre) continuata a lungo, può essere dannosa provocando acidosi e glicosuria.

Non vi è una vera cura per il diabete, ma è certo che il metodo di Allen costituisce un progresso, sia nel riguardo del prolungamento della vita, sia perchè con esso si evitano complicazioni.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1082) *Incompatibilità dell'aspirina con i sali di chinina.* — Al dott. V. R.:

Mentre alcune incompatibilità dell'aspirina (con eutropina, con joduri, con alcali) sono incontestate, quella con i sali di chinina non è ammessa da tutti. Sotto l'azione dell'aspirina il chinino si trasformerebbe in un composto isomero tossico (chinotosina), che determinerebbe tachicardia, tremore, irrequietezza, adinamia. Può darsi che tale trasformazione avvenga in causa di impurezze presanti nell'aspirina. Molti chimici e farmacologi contestarono però tale incompatibilità, che, se fosse reale, dovrebbe manifestare i suoi effetti molto spesso, tenuto conto della frequenza con cui da numerosi medici viene prescritta l'aspirina associata al chinino. Ad ogni modo se l'incompatibilità esiste, non è limitata al solo solfato, ma estesa a tutti i sali di chinina.

Quanto ai due formulari, sono entrambi utili per il pratico.

fil.

(1083) Al dott. D. Maruca, Nocera Terinese: *Pathologica*: Casella postale 884, Genova. L. 25 all'anno.

r. s.

VARIA.

Fisiologia dello starnuto. — A. P. Brubaker (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 23 agosto 1919) distingue nello starnuto due fasi l'una respiratoria, l'altra nasale, corrispondenti a diversi meccanismi riflessi.

La fase respiratoria consiste in una profonda inspirazione, seguìta da espirazione forzata; vi partecipano i muscoli inspiratori, innervati del vago, gli intercostali, il frenico. I diversi centri sono messi in azione dal centro respiratorio bulbare, che viene a sua volta messo in azione dall'arrivo di eccitazioni provenienti da organi diversi dal polmone.

Si produce allora l'espirazione forzata con l'intervento degli intercostali esterni e dei muscoli addominali: i centri midollari di questi sono comandati dal centro espiratorio bulbare, sotto l'eccitazione di origine cerebrale.

Simultaneamente, la contrazione degli elevatori del palato e del costrittore superiore del faringe occlude il naso-faringe. In seguito, elevandosi la pressione endopolmonare il diaframma velo-palatino è forzato e l'aria viene cacciata violentemente a traverso le fosse nasali.

La porzione centripeta dell'arco riflesso è rappresentata dal trigemino, in relazione, da un lato con il centro inspiratorio bulbare, dall'altro con la mucosa nasale, dove le terminazioni del trigemino sono eccitate dalla dilatazione dei vasi e dalla secrezione del muco. Questi fenomeni sono sotto la dipendenza di un riflesso, che costituisce la fase nasale dello starnuto.

Nella produzione della secrezione, che costituisce il punto di partenza del riflesso, interviene il simpatico, con un neurone post-gangliare, le cui cellule si trovano nel ganglio sfeno-palatino: il prolungamento cilindroide mette capo ai vasi ed alle ghiandole della mucosa. Vi è poi un neurone centrale: le sue cellule si trovano sul pavimento del IV ventricolo, il loro prolun-

gamento passando per il nervo intermediario di Wrisberg ed il gran petroso, arriva al ganglio sfeno-palatino.

Sperimentalmente, l'eccitazione del grande petroso, provoca la dilatazione dei vasi nasali e la produzione del muco.

La porzione centripeta di questo riflesso è rappresentata da tre vie diverse: nervi cutanei (sternuto consecutivo e raffreddamento periferico) branche nasali del trigemino, nervi viscerali ed anche le vie cerebrali che portano stimoli di origine psichica (sternuto da emozioni).

fil.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

ABRAHAN FLEXENER. *La Prostitution en Europe.* Edition française et préface par H. Minod. Payot et comp. éd. Losanna-Parigi, 1919 (pagine 326).

Questo libro, sul quale richiamiamo l'attenzione dei lettori del *Policlinico,* fu pubblicato a New-York sul finire del 1913: i dati quindi in esso riportati, e che sono il frutto di una accurata inchiesta compiuta dall'A. nelle principali città dell'Europa occidentale, si riferiscono ad un'epoca anteriore alla guerra.

Chi peraltro ha potuto studiare da vicino, senza preconcetti teorici e soltanto in base ad una osservazione obbiettiva, il fenomeno della prostituzione e quello correlativo delle malattie veneree, l'uno e l'altro allargatisi in modo veramente pauroso, ma non del tutto imprevedibile, per effetto delle condizioni create dallo stato di guerra, converrà nel concetto animatore del libro in cui le ragioni teoriche e di fatto in favore di ciò che suol chiamarsi abolizionismo non potevano essere esposte in modo più persuasivo.

È un vero peccato che i dati contenuti in quest'opera e le deduzioni che l'A. ne trae non siano stati tenuti presenti durante la discussione svoltasi recentemente nell'ultimo congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, in cui furono votate alla quasi unanimità e malgrado la voce isolata di qualche socio coraggioso, proposte in merito alla sorveglianza sulla così detta prostituzione libera, le quali, se verranno applicate, ci riporteranno più o meno larvatamente a quei sistemi di « réglémentation » di cui sembrava dovere esser perduta persino la memoria in un paese progredito come l'Italia.

Purtroppo i pregiudizii hanno sempre il sopravvento sulla realtà nè crediamo che le idee lucidamente esposte dal Flexner troveranno molta eco nelle Autorità che dovranno compilare, se ciò non è stato già fatto, il nuovo regolamento sulla profilassi delle malattie veneree. Il concetto che questa debba basarsi in massima parte su di una ben'intesa educazione sessuale e sulla diffusione più larga che è possibile dei mezzi di cura (fra questi in prima linea il dispensario gratuito, gloria della legislazione sanitaria italiana, tanto malamente snaturata poi nella sua applicazione pratica) e non sulla irreggimentazione del meretricio, fonte d'innumerevoli abusi e d'ingiustizie e praticamente di assoluta inefficacia (v. il capitolo « Abolition et Maladie »), avrà sempre per oppositori tenaci ed irreducibili tutti coloro che dimenticano come la prostituzione sia un fenomeno della vita sociale o, come dice meglio il Flexner, un fenomeno derivante dall'azione e dalla reazione di fattori individuali e di condizioni sociali (p. 312), assai più diffuso di quel che non si creda e che purtroppo tenderà ad allargarsi fino a quando perdureranno le condizioni attuali che la guerra per giunta ha aggravate ed accentuate per un complesso di ragioni su cui ora non è il momento di fermarsi.

In che cosa si risolve allora nella pratica la « réglémentation »? In un regime di eccezione, ammettiamo pure, com'è nelle nostre leggi, soltanto dal punto di vista sanitario, per una categoria di donne addirittura esigua in paragone del numero sterminato di quelle che esercitano il meretricio, e propriamente per le più povere e le più derelitte fra di esse. Non si tratta più dunque della morale diversa per i due sessi, contro di cui tanto si è scritto, ma in realtà di due morali per un sesso solo!

Nella speranza che il libro, il quale è scritto in modo accessibile ad ogni persona colta, abbia numerosi lettori anche fra i profani della materia, ci limitiamo a segnalare l'ultimo capitolo (« Le résultat de l'expérience européenne ») in cui l'A. tratta di quel che si potrebbe tentare per diminuire il flagello sociale della prostituzione la quale, invece, nel postribolo autorizzato e sorvegliato, che presuppone nel tenitore la facoltà di procurarsi ad ogni costo e con tutti i mezzi la merce da offrire ai clienti, trova una causa d'incremento. Questo concetto fu svolto anche dal sottoscritto in qualche sua pubblicazione; e se di ciò mi permetto far parola gli è soltanto perchè esso riceve dalle pagine del Flexner la più autorevole delle conferme, corroborata da dati di fatto e da osservazioni su cui i così detti regolamentaristi dovrebbero seriamente meditare.

V. MONTESANO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Le falsificazioni dei medicamenti: necessità di un controllo di Stato.

La prescrizione di medicine, che esige da parte del medico un complesso di cognizioni farmacologiche sull'azione dei vari rimedi, presuppone che questi debbano corrispondere, per qualità, ai requisiti della farmacognosia e, nel modo di preparazione, ai dettami della scienza farmaceutica. Si comprendono i gravi danni, che possono derivare da una deficienza di questi requisiti: danni al malato, che non ritrae dalla medicina il desiderato sollievo, danni al medico in cui, oltre alla possibilità di vedersi mancare la fiducia del cliente, si ingenera un deplorevole scetticismo, sui medicamenti in generale, che lo porta al nichilismo terapeutico. I danni sono tanto più probabili, in quanto che tutto quanto riguarda il commercio e la preparazione dei medicamenti è circondato dalla più cieca fiducia del pubblico e dei medici, i quali non pensano affatto alla frode, che in questo campo, come dovunque, sta in agguato, pronta a sostituire col surrogato il prodotto genuino.

Non intendo qui accennare a possibili deficienze da parte dei farmacisti, che nella grandissima maggioranza sono professionisti coscienziosi. Il male ha ben altre origini, cioè in certe case, senza scrupoli, che producono o smerciano i prodotti e che provvedono grossisti e farmacisti.

Per dare un'idea delle frodi che si subiscono senza nemmeno sospettarle, riporterò i risultati di alcune analisi da me praticate su medicinali forniti ad una amministrazione di Stato I discoidi di sublimato, che dovrebbero contenerne 1 grammo, ne contenevano invece in media gr. 0,9: in alcune partite però solo gr. 0,7, in altre gr. 0,37, in altre gr. 0,07 !

Il laudano, che dovrebbe contenere 1 % di morfina, ne conteneva invece in alcuni campioni il 0,8, in altri in 0,6, in altri invece anche 1,4 %.

Certi campioni di ammoniaca contenevano solo 12 anzichè 18 % di NH_3; certe tinture di jodio il 7, anzichè l'8,3 %.

Ma le frodi e le falsificazioni non si fermano qui; vi è per es. del benzonaftolo, che altro non è se non lattosio impuro: vi è della così detta aspirina costituita da una miscela di fosfato di calcio, amido, cremor di tartaro, acido nitrico ed allume, oppure da lattosio con amido e fosfato acido di calce. I medicamenti che si vendono a caro prezzo sono una preda ancor più ghiotta per il frodatore, che si sbizzarrisce nel surrogarli: così p. es., il muschio che viene falsificato con sangue secco, resina, guano, cera, stirace, benzoino !

Nè si creda che queste frodi siano limitate all'Italia.

A parte che parecchi medicinali così falsificati ci vengono dall'estero, abbiamo prove evidenti che, anche in altri paesi, le frodi di questo genere sono tutt'altro che rare.

Qualche anno fa, agli Stati Uniti, nell'esaminare le medicine fornite all'esercito, si è trovato fra l'altro, che le pastiglie di eroina per iniezioni contenevano del talco, altre pastiglie, pure per iniezioni contenevano fibre di cotone, di legno, amido: le compresse per la preparazione della soluzione fisiologica, contenevano solo bicarbonato di sodio; il solfato di zinco conteneva acido stearico, lo jodoformio aveva il 50 % di zolfo e così via.

La guerra che ci ha regalato una iperbolica fioritura di surrogati, ha avuto grande influenza anche sui medicinali, che per la penuria di molti fra essi e per l'alto prezzo a cui sono saliti, offrono un largo guadagno al frodatore. Si sono improvvisate delle case commerciali per una sedicente industria dei prodotti sintetici, che offrono dei discordi di bisolfato di chinino, contenenti - per le stesse dichiarazioni della Ditta - solo tracce di chinino e nel resto solfati alcalino-terrosi. Il sottonitrato di bismuto di tali case, contiene in massima parte carbonato di calcio. Nei prodotti di erboristeria poi, le falsificazioni sono pure frequenti: si arriva talvolta a dichiararle sfrontatamente, vendendo p. e., la Belladonna falsa.

E' necessario che i medici vengano informati di questi agguati, che si tendono alla buona fede del pubblico, allo scopo di evitarli nel miglior modo possibile, e di tenerli presenti nel caso che si osservino effetti anormali in seguito a somministrazione di medicamenti.

***

Di fronte a tali frodi, quali garanzie si offrono al medico perchè possa, con sicura coscienza prescrivere una medicina, senza il timore di vederla inefficace o dannosa? come viene protetto il pubblico da questa immonda speculazione?

Teoricamente, a consultare le disposizioni regolamentari, il rimedio è bell'e pronto. Il farmacista ad ogni partita di medicinali, che acquista ne fa l'analisi chimica, l'esame microscopico e si accerta così della bontà della droga. In pra-

tica non se ne fa nulla, se non forse in qualche grande farmacia, con personale specializzato. La Farmacopea prescrive che ogni farmacia debba essere dotata di adatto materiale per le analisi chimiche; il materiale esiste forse in molte farmacie, ma in generale, completamente inutilizzato. Assorbito dal diuturno lavoro della spedizione delle ricette, il farmacista non ha il tempo nè la tranquillità necessaria per dedicarsi a ricerche di controllo sui medicamenti.

D'altra parte, le farmacie piccole ne acquistano in quantità troppo esigua per poterne sciupare una buona parte nei controlli. Così non è ammissibile che per l'acquisto di mezzo litro di laudano se ne consumino 50-100 cmc. per l'analisi che esige due giornate di tempo. Non parliamo poi dell'esame microscopico dei prodotti di erboristeria, che è per la maggior parte impossibile, sia per la mancanza del microscopio, sia per il fatto che ricerche di tal genere sembrano chiare e facili sui libri, ma in realtà sono difficili e poco conclusive, per chi non vi abbia una pratica continua.

Nè le ispezioni, che si fanno dai competenti funzionari, nelle farmacie, portano alcun miglioramento. Vengono fatte, di solito, dei medici provinciali, i più si limitano a rilievi generici o di indole igienica, riconoscendo la propria incompetenza in materia (1). Altri invece vogliono entrare nel campo tecnico con osservazioni che spesso sono fuori di luogo, cito p. es., il caso di un medico provinciale, che, regolarmente in tutte le farmacie che visitava, trovava molto a ridire sul fatto che i diversi preparati galenici (sciroppi, tinture) venivano preparati con gli estratti titolati, anzichè partendo dalla droga, in natura.

Simile pretesa ci sembre eccessiva per molte farmacie, con smercio non molto grande, specialmente per il tempo che esige una tale preparazione, mentre buona parte del preparato potrebbe rimanere poi inutilizzata.

I nostri mezzi attuali, che si riducono a scarse e platoniche ispezioni alle farmacie, sono dunque impotenti a scoprire e reprimere le frodi.

E queste dilagano e si intensificano perchè le case che offrono medicine a base di surrogati od a titolo inferiore, sono più insistenti nell'offerta e nella *réclame* e fanno prezzi bassi sì da allettare maggiormente il farmacista. Con questo non si intende affatto di difendere le case, che praticano prezzi alti ma solo di fare rilevare come sia spiegabile che i medicinali surrogati od il titolo insufficiente siano largamente diffusi.

(1) In altri paesi, come p. e. in Austria, il medico provinciale, nella così detta prova di fisciato, subisce un serio esame di farmacognosia, per cui le sue conoscenze in proposito, sono, almeno in teoria, più profonde che da noi.

Unico rimedio ci sembra un oculato controllo dello Stato sulla vendita dei medicamenti.

Il commercio di questi non può essere libero: lo impongono le necessarie precauzioni per salvaguardare il pubblico da ignobili speculazioni.

Ogni casa grossista, ogni stabilimento farmaceutico che fornisce e prepara prodotti medicinali, dovrebbe venire sottoposto a rigorosa sorveglianza: i prodotti, prima di esser messi in commercio, dovrebbero venire debitamente controllati, permettendo la sola vendita di quelli risultati idonei. Il farmacista a sua volta dovrebbe fare acquisti solo da tali case sotto il controllo dello Stato.

E' probabile che l'applicazione pratica di tali concetti urti contro notevoli difficoltà, che forse non sono di molto superiori a quelle che si sono osservate nei primi tempi del controllo di sieri e vaccini da parte dello Stato, controllo che eseguito come è con la nota scrupolosa esattezza, lascia nel medico la piena fiducia nel prodotto che usa.

Comunque le difficoltà non saranno insormontabili, mentre saranno invece notevoli i vantaggi, avendosi con tale mezzo la possibilità di cogliere il male alla radice e di garantire il buon funzionamento di un servizio estremamente delicato ed importante.

A. FILIPPINI.

Nota. — In una seduta all'Accademia medico-fisica fiorentina pubblicata sul fasc. III e IV de « Lo Sperimentale », pervenuto quando l'articolo era già composto, il prof. G. Coronedi ha trattato la questione del controllo dei medicamenti, proponendo che questo venga fatto dai laboratori universitarî. Il Salvatori ha osservato che i risultati negativi ottenuti con le contravvenzioni sugli alimenti non incoraggiano l'istituzione dei controlli; i laboratorî universitarî sarebbero sovraccarichi di lavoro, mentre un istituto centrale di Stato non riscuoterebbe fiducia. Meglio varrebbe ricorrere al senso di onestà dei fabbricanti. Il Pieraccini è invece favorevole al controllo ed anche alla produzione di Stato.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici reduci dalla guerra.

Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma;

portato il suo esame sulle questioni sottopostegli del Fascio Romano Reduci Medici Chirurgi;

preso atto, con soddisfazione, del colloquio avuto dal Presidente dell'Ordine col Presidente del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma, relativamente al concorso di assistente negli Ospedali, testè bandito;

visto il R. D. 18 settembre 1919, n. 1825;

delibera:

di non prendere in considerazione il manifesto a stampa del F. R. R. M. C., affisso agli Ospedali e consegnato anche alla Presidenza dell'Ordine:

riconosce:

la insufficiente tutela che il predetto D. R. 18 settembre 1919 offre ai Medici Chirurgi, reduci di guerra;

e modificando come segue il Memoriale in data 13 dicembre 1919, sottoscritto «Fascio Romano Reduci Medici Chirurgi»;

fa voti:

1° Che tutti i posti che erano stati lasciati vacanti dai medici mobilitati tornino, senz'altro, ai medici smobilitati che ne facciano domanda.

2° Che per i posti, per i quali si richiede la idoneità fisica, qualora non possa persistere, come sarebbe desiderabile, il giudizio di inabilità fisica emesso durante il periodo della guerra, la idoneità stessa venga provata con documento da rilasciarsi dalle Autorità Militari, le quali dovrebbero tener conto dei precedenti giudizi;

3° Che venga strettamente osservata la disposizione dell'art. 2 del D. R. 18 settembre 1919, impedendo eventuali tentativi per eludere tale disposizione.

4° Che in ogni concorso vengano richiesti i titoli di guerra per poter classificare le eventuali parità.

5° Che nei concorsi per titoli e in quelli per esami e titoli, ogni titolo di guerra venga equiparato a un qualsiasi altro titolo acquisito durante la guerra, e che in tal senso ciascuna commissione esaminatrice, prima dell'apertura di un concorso, fissi il valore di ogni titolo con un numero di punti.

6° Che come titolo sia opportunamente vagliato il servizio sanitario militare prestato dal concorrente, nella qualità e nella durata.

7° che nel computo dei titoli vengano esclusi in modo assoluto i titoli di carriera acquisiti durante la guerra, ricoprendo interinalmente o in altro modo posti di grado più elevato.

8° Che per eventuali posti da assegnare senza concorso vengano senz'altro preferiti quei sanitari che, trovandosi nelle condizioni richieste, esibiscano titoli di guerra.

E conoscendo come il Presidente abbia già esplicato la Sua azione nel senso desiderato dal F. R. R. M. C. presso la Federazione degli Ordini dei Medici, gli dà mandato di intensificare tale azione affinchè i voti suespressi abbiano più sollecita e pratica attuazione.

***

L'Assemblea del Fascio Romano Reduci Medici Chirurgi, convocata nella Sala dell'Ordine dei Medici di Roma e alla quale intervennero circa 150 medici e chirurgi, la sera del 27 gennaio u. s., ha votato il seguente importante ordine del giorno:

«L'assemblea del Fascio Romano Reduci Medici Chirurgi prende atto della risposta della presidenza dell'Ordine dei Medici di Roma e della promessa da questa fatta di esporre alla Federazione italiana degli Ordini dei Medici i diritti dei Medici reduci, fiduciosa che sollecita sia la risposta della Federazione;

prende atto di compiacimento della risposta data dall'ufficiale sanitario del comune di Roma e dalla Direzione generale della Cassa nazionale infortuni sul lavoro;

prende atto della lettera di risposta dell'Amministrazione degli Ospedali riuniti di Roma e non può aderire alla tesi che sotto l'apparenza di un favore sostiene una illogica ingiustizia;

tiene ad affermare di non pretendere speciali condizioni di favore per i Medici reduci, ma di non essere disposta a subire in nessun modo per essi ulteriori condizioni di svantaggio;

riconferma i voti espressi in manifesti e memoriali perchè sia riconosciuta la valutazione professionale dell'opera medica prestata in guerra, specie agli effetti della assegnazione di posti di nuova formazione, non disposta a subire illeciti favoritismi a scapito dei Medici reduci e a beneficio ancora di quelli che dalla guerra trassero vantaggi, posti e propine;

delibera opera intensa ed attiva dichiarando fin d'ora boiccotabili tutti quei concorsi per i quali le Amministrazioni di Stato e pubbliche non si attengano a norme che rispettino dei Medici reduci gli indiscutibili e innegabili diritti».

Per un Sindacato medico nazionale.

Per iniziativa dell'Associazione fra i liberi esercenti, si sta dando opera alla costituzione di un Sindacato italiano di classe, avente lo scopo della suprema tutela degli interessi sanitari sia di fronte agli Enti che ad ogni forza avversa.

A tal uopo, nell'ultima seduta dell'Associazione, sono stati designati i signori dott. Paride Fabi, consigliere provinciale, prof. Giuseppe Montesano e dott. Giovanni Palomba, quali incaricati della organizzazione.

Essi hanno fatto invito alle Associazioni di classe di delegare ciascuna un proprio rappresentante per discutere sulla fondazione del Sindacato e preparare uno Statuto.

Mentre tutta la vita sociale si va orientando verso le forme di organizzazione e resistenza a tipo sindacale, la classe medica, tra le prime intellettualmente, ma ultima come forza di insieme, è augurabile che stavolta senta l'istinto di difesa e di conservazione e si organizzi.

Il Sindacato servirà anche per dirimere molte questioni arbitrali delle quali gli Ordini dei medici amano lavarsi le mani per non aver noie, se — come è desiderabile — fra le attribuzioni e le formazioni del nuovo Istituto vi sarà quella di un Probivirato medico, formato da persone energiche e senza paure nè interessi ed ambizioni, le quali prendano recisamente posizione in tutte quelle questioni nelle quali possa essere in giuoco sia la tutela del decoro dei singoli, sia quella del decoro di classe, additando rimedi, epurazioni, interventi recisi e non equivoci, nell'ora attuale in cui ogni equivoco di forma e sostanza deve alfine essere condannato.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8116) *Medico interino. - Cassa di previdenza dei medici condotti.* — Dott. P. C. da I. Il medico interino di una condotta resasi vacante per la morte del titolare, non può devolvere a suo profitto presso la Cassa di previdenza dei Medici condotti la quota pagata dal Comune per il posto vacante, perchè detta quota va a beneficio di tutti gli associati in genere.

(8118) *Servizio al locale di isolamento. Compenso.* — Dott. L. B. M. da M. S. Per il servizio da Lei prestato al locale di isolamento ha diritto a speciale compenso nelle ordinarie mansioni del medico condotto.

Il detto compenso Le deve essere corrisposto dal Comune ed occorrerà pertanto, fare analoga istanza al sindaco, il quale, cessata la missione del Commissario, rientra nel completo ed integro esercizio della sua carica. In quanto alla misura di esso, non possiamo dare parere di sorta mancandoci completamente gli elementi per farlo, come: entità e durata del servizio, difficoltà materiali e morali di eseguirlo, ecc.

(8119) *Sessennii. Aumento di stipendio.* — Dottor G. L. G. da Z. A noi non sembra dubbio che Ella abbia diritto, almeno per il decorso anno 1919, all'aumento sessennale stabilito dall'articolo 17 del capitolato in vigore, perchè, a prescindere da ogni altra considerazione la nuova convenzione, stipulata per tutti i sanitari della provincia, è destinata a produrre i suoi benefici effetti dal 1 gennaio 1920 in poi, cioè, in epoca posteriore a quella in cui il suo diritto al sessennio è diventato reale ed esigibile. Ciò tanto più in quanto durante il 1919 Ella ha ottenuto non un aumento di stipendio effettivo ma una semplice *spes iuris* di essere cioè, migliorato durante il 1920. Oltre al detto aumento del decimo può, durante il corrente anno, ottenere l'altro di L. 800 e beneficiare del primo aumento quinquennale di L. 550 di cui all'articolo 2 del nuovo concordato, con assorbimento, naturalmente, di quello ottenuto precedentemente pel 1919.

(8120) *Concorso per la nomina a medico condotto. Capitolato.* — Dott. V. R. da C. O. E' vero che l'articolo 26 del Regolamento generale sanitario dichiara che la nomina dei sanitari condotti è fatta in base a capitolati di servizio deliberati, *volta per volta,* dal Consiglio comunale, ma ciò non toglie che, banditosi e chiusosi un concorso, non si possa rimediare alla negligenza commessa di non far approvare in precedenza il capitolato, o col riportarsi al capitolato preesistente o col redigerne uno nuovo durante le prove del concorso stesso. Certamente la mancata approvazione del capitolato in *ante cedens,* imputabile alla amministrazione non può influire sulla sorte di coloro che parteciparono al concorso e che hanno il diritto di crederlo esaurito. In caso di annullamento per tale motivo gli interessati potrebbero intentare un giudizio per danni contro l'amministrazione comunale.

(8121) *Certificati. Aumento stipendio. Assicurazione per la invalidità e la vecchiaia.* — G. I. da C. Vanno rilasciati in carta libera solo i certificati medici che riguardano scuole obbligatorie, sussidi, ricoveri, leva militare, ecc. Tutti gli altri vanno su carta da bollo, a meno che non sia esibito ed allegato il certificato di povertà del richiedente. L'aumento del 30 % sullo stipendio del medico condotto va calcolato su quello già accresciuto del sessennio. Per ora nulla si conosce del trattamento economico che sarà fatto ai medici incaricati del servizio di assicurazione per la invalidità e la vecchiaia.

(8123) *Concorsi. Documenti.* — Dott. C. N. da C. Basta trasmettere un elenco autenticato da pubblico ufficiale di tutti i documenti professionali che si posseggono a ciascuna commissione visitatrice. In quanto alla laurea occorrerà, in mancanza dell'originale, inviarne copia notarile.

(8124) *Ospedale. Prestazione professionale del medico primario.* — Prof. U. B. da A. Se Ella è pagata a stipendio fisso non può elevare eccezione pel numero maggiore o minore degli infermi ricoverati nell'ospedale cui è stata costretta prestare assistenza, sempre che essi rientrino nelle previsioni del capitolato e, cioè, facciano parte della sezione medica o dei reparti speciali. Se, pertanto le persone agiate ed i militari, di cui Ella parla nel quesito, furono ricoverati nella

predetta sezione o reparti (non monta se con camere speciali) non ha diritto a distinto compenso, potendo solo, se il lavoro si è di molto accresciuto, chiedere congruo aumento della stipendio alla amministrazione ospedaliera.

(8125) *Indennità caro-viveri. Aumento stipendio.* — Dott. N. C. da S. A. di A. L'aumento di stipendio del 30 % decorre dal giorno in cui è concesso dalla amministrazione comunale o dalla G. P. A. a cui i condottati possano ricorrere in caso di oscitanza delle amministrazioni comunali.

L'indennità caro-viveri decorre, invece, dal 1° gennaio 1919, ed è per gli scapoli di lire 65 mensili.

(8126) *Medico interino. Rioccupazione del posto.* — Dott. A. M. da P. Il medico interino al ritorno dal suo servizio militare non ha il diritto rioccupare il posto che aveva prima della sua partenza sotto le armi.

(8127) *Aumento stipendio. Concorsi.* — Dottor F. S. da N. Come medico interino della frazione priva di titolare ha diritto alla indennità caro-viveri imposta dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. In caso di oscitanza o di rifiuto del Comune, può ben ricorrere alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria. Il ricorso deve essere stilato su carta da bollo da lire 1. Non vi è termine di presentazione o di appello.

Se non essendosi esaurito il primo concorso, il Comune ne indice un secondo per il medesimo posto, gli interessati possono ricorrere al Prefeto per lo annullamento della deliberazione con cui il nuovo concorso è bandito. I criteri di classifica dei vari concorrenti nei pubblici concorsi sono insindacabili: epperò non si può ricorrere contro l'operato della commissione esaminatrice che graduò con 21/10, trascurando l'8/10 riportato nella laurea.

(8128) *Sostituzione di medico condotto. Pensioni.* — Dott. R. di L. da R. Col beneplacito della amministrazione, il medico condotto può farsi sostituire anche per lungo tempo; però quello durante il quale fu sostituito non è calcolato nel periodo di servizio utile per lo acquisto della pensione.

(8129) *Aumento stipendio. Pensioni.* — Dott. T. P. da S. Essendo Ella già in pensione non può aspirare ad aumento di stipendio nè ad indennità caro-viveri nel rimaneggiamento degli organici che va compiendo la pia amministrazione.

(8130) *Omesso rilascio di dichiarazione necroscopica.* — Dott. G. O. da V. L'ufficiale sanitario è indubbiamente pubblico ufficiale non così il medico condotto, il quale non è mai stato ritenuto dalla giurisprudenza come tale, neanche quando esercita le funzioni di necroscopo, nel qual caso figura come impiegato investito di pubblica funzione. A nostro modo di vedere il fatto da Lei narrato costituirebbe una mancanza nello adempimento dei propri doveri, punibile, se mai, disciplinarmente e non un abuso di potere od arbitrio, di cui all'articolo 175 del Codice penale.

(8131) *Nomina a medico condotto. Cassa pensioni.* — Dott. V. M. da C. Non vi è bisogno di dimettersi dalla carica di ufficiale sanitario, prima che il concorso per la nomina del medico condotto si esaurisca. Basterà che Ella rassegni le dimissioni da ufficiale sanitario quando abbia ottenuta la nomina. Se il sanitario defunto era inscritto alla Cassa di previdenza da almeno dieci anni, la di lui vedova ha diritto ad una indennità una volta tanto, ragguagliata alla metà di quella, che nelle identiche condizioni di età e di servizio sarebbe spettata al marito.

Per esaminare la possibiltà di concedere la pensione privilegiata occorre promuovere una dichiarazione collegiale da cui si possa desumere la specie dell'ultima infermità e le circostanze che la determinarono con dichiarazione esplicita che essa fu contratta in servizio od a causa del medesimo.

(8132) *Ufficiale sanitario. Miglioramento economico.* — Dott. M. I. da G. S. Per decidere se e quali miglioramenti economici competano all'ufficiale sanitario occorre far domanda alla G. P. A. la quale è dalle recenti disposizioni fornita all'uopo di ampie facoltà.

(8133) *Modifiche al capitolato di servizio.* — Dott. F. F. da C. Dal momento che il capitolato fu modificato e fu tolto a Lei l'onore delle vaccinazioni, che è proprio del medico e non del chirurgo condotto e quello della supplenza reciproca fra sanitari in caso di malattia o di congedo, non può il Comune ora pretendere che Ella adempia a tali due funzioni.

Qualora il Prefetto, sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità, l'obbligasse ed eseguire il servizio di dispensario, Ella può ricorrere al Ministero dell'Interno. E poichè tale ricorso è sempre in linea gerarchica e non contenzioso, Ella, prima di assumere il servizio, può attendere la risoluzione del gravame.

(8134) *Elenco dei poveri.* — Dott. G. G. da P. Poichè manca l'intervento del condottato, e perchè formato in base a modifiche apportate al regolamento locale d'igiene, non regolarmente approvate, può bene essere impugnato l'elenco dei poveri formulato da codesta Giunta Municipale. Trattandosi, però, di provvedimento di Giunta il ricorso deve essere prodotto in prima sede al Consiglio Comunale. Se il Consiglio Comunale ratificherà l'operato della Giunta la deliberazione consiliare costituendo un provvedimento definitivo, non potrà essere impugnata che innanzi la

IV Sezione del Consiglio di Stato per violazione di legge, e, cioè, degli articoli 16 e 17 del Regolamento generale sanitario. Il termine per ricorrere è di 60 giorni da quello in cui il provvedimento è notificato.

(8136) *Aumento di stipendio.* — Dott. F. P. da U. Per ottenere il desiderato aumento di stipendio, è d'uopo che Ella si rivolga alla G. P. A. che è stata all'uopo facultata con recente circolare del Ministero dell'Interno in base allo articolo 26 della legge sanitaria. Potrebbe conseguire sullo stipendio complessivo di lire 3200 l'aumento del 30 % in lire 780 annue, altre lire 1200 come per gli impiegati governativi, ed oltre la indennità caro-viveri in lire 100 se ammogliato ed in lire 65 mensili se celibe, e per di più cent. 85 per ogni figlio oltre i primi tre. Raddoppiandosi lo stipendio, in caso di soppressione di una delle condotte, si ha egualmente diritto alle suesposte indennità.

(8138) *Tassa focatico.* — Dott. R. R. da M. Allorchè si cambia residenza nella prima metà dell'anno non si è tenuti a pagare la tassa focatico nel Comune che si lascia. Il cambiamento di residenza, deve, però, essere, all'uopo, notificato alla autorità comunale.

(8139) *Assicurazione obbligatoria degli operai - Medici fiduciari.* — Dott. F. D. D. da M. G. Al momento non si hanno elementi precisi per rispondere al suo quesito, in quanto che occorre attendere la compilazione del regolamento ove sarà certamente dichiarato se, oltre ai medici condotti, possono funzionare da medici fiduciari anche i liberi esercenti e, nella affermativa, con quali condizioni.

(8140) *Congedi - Elenco dei poveri - Aspettativa.* — Dott. S. P. da S. M. Non sapremmo consigliarla ad intentare giudizio al Comune per le visite fatte durante il congedo, giacchè, potendo il congedo stesso essere, in ogni tempo, accorciato per ragioni di servizio, potrebbe tale motivo essere adotto dal sindaco per esonerare l'Amministrazione dall'obbligo del pagamento. Sarebbe meglio trattare bonariamente la vertenza, tanto più che, come Ella dice, in una lettera del capo della Amministrazione si accenna a compenso.

Per ottenere la sollecita abolizione della condotta piena bisogna insistere presso la G. P. A. la quale potendo ridurre anche le spese obbligatorie, può, senza alcun dubbio, cancellare dal bilancio quella riflettente la condotta piena, che non è più ammissibile.

Alla formazione dell'elenco dei poveri deve assistere con voto consultivo, il medico condotto. Non si possono dare criteri aprioristici per definire il concetto della povertà relativa agli effetti della cura ed assistenza sanitaria. Bisogna tener conto di molteplici circostanze contingenti e locali e, spesso, anche individuali, che sfuggono a chi non vive sul posto. L'aspettativa può essere chiesta solo quando è prevista nel capitolato. Può essere data per ragioni di famiglia o di salute: nell'un caso e nell'altro per tempo non superiore ordinariamente a due anni.

(8141) *Cura in ospedali di operai infortunati.* — Dott. G. C. V. da M. Se l'operaio infortunato appartiene alla provincia, ha diritto al ricovero gratuito in codesto Ospedale, come qualsiasi altro infermo. In quanto ai certificati, chi li rilascia ha diritto sempre al pagamento del compenso prestabilito dallo articolo 149 del regolamento.

(8142) *Limiti di età per ammissione a pubblici concorsi.* — Dott. A. M. da M. Con D. R. del 18 settembre 1919, n. 1825 furono prorogati di quattro anni i limiti di età stabiliti nei regolamenti organici in vigore per l'ammissione ai concorsi per la nomina a pubblici impieghi nelle amministrazioni locali. Se il Comune, cui allude, nel chiedere l'età di anni quaranta ha già tenuto conto della proroga suaccennata, Ella non può concorrere; se, invece, l'età stabilita è quella prevista senz'altro dal regolamento interno, Ella può ben prender parte al concorso, che fu bandito.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BORGONOVO (*Piacenza*). — Due condotte; L. 6000 lorde e 4 quinquenni del decimo; L. 1800 per cavalc. Chiedere annunzio. Scadenza 20 febbraio.

CESENATICO (*Forlì*). — Medico chirurgo primario e direttore dell'ospedale; L. 10000 aumentabili di un ventesimo per biennio. Indennità caroviveri. Servizio gratuito per i soli poveri (massimo 2000); territorialmente comprende tutto il capuologo. Scade il 15 marzo. Per schiarimenti rivolgersi alla segreteria comunale.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — A tutto il 10 marzo 1920 aperto concorso medico primo riparto. Stipendio L. 6000 (in corso approvazione). Indennità cavalcatura 1300. Uff. sanit. L. 300. Condotta in collina. Poveri 600 circa.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Concorso per esami a medico chirurgo assistente; L. 5300; alloggio o L. 600. Scad. ore 17 del 28 febbr. Chiedere annunzio all'Amministrazione.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Medico primario riparto femminile; L. 2500 lorde, aumentabili a 2900 dopo un sessennio; indennità straordinarie L. 3675. Scad. ore 17 del 20 febbr. Chiedere annunzio alla presidenza.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Medico effettivo e medico supplente per il servizio di città e d'ospedale; L. 3000 lorde; indennità straordinarie L. 4350. Scad. 28 febr. Chiedere annunzio alla presidenza.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Piero Boveri è stato con votazione unanime nominato socio corrispondente della Società di neurologia di Parigi.

L'Accademia del Belgio ha eletto suo membro il dott. Costantino Gorini, direttore del laboratorio batteriologico della Scuola superiore di Agricoltura di Milano.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Giacinto Viola, ordinario di patologia medica a Palermo, è trasferito col suo consenso a Bologna.

Il prof. Enrico Luna è incaricato dell'insegnamento di anatomia a Palermo.

ALBO D'ORO.

CROCE DI GUERRA.

Dott. Nicola De Cicco (Monteflavio) per la sua eroica condotta quale ufficiale medico dell'89 reggimento fanteria, durante l'offensiva tedesca del luglio 1918, al fronte francese (settore di Reims-Bois de Vrigny).

NOTIZIE DIVERSE.

Primo Congresso Nazionale per le industrie sanitarie.

Sono stati ripresi alacremente i lavori per la organizzazione di questo Congresso, il quale venne lo scorso ottobre rimandato, per motivi vari, ma sopratutto per renderlo più completo, e per farlo coincidere con la prima Mostra Campionaria delle Industrie Sanitarie, la quale si attuerà durante la prossima primavera, come parte integrante della grandiosa Fiera Campionaria Internazionale di Milano, che si svolgerà sul tipo di quelle, universalmente note, di Lipsia e di Lione.

Fra i numerosi argomenti che saranno oggetto dei dibattiti del Congresso, destinato a porre le basi di orientamenti nuovi in rapporto sia al mondo scientifico come a quello industriale, per la sana vitalità delle molteplici industrie sanitarie, ne segnaliamo alcuni assolutamente nuovi, determinati dalle clausole del Trattato di Versailles.

In applicazione all'annesso VI del detto Trattato, la Germania si obbliga (il che, non rilevato dai giornali politici, è anche quasi completamente sfuggito ai periodici medici e chimico-farmaceutici) a non mandare in Italia prodotti suoi brevettati, se non come prodotti chimici non confezionati, vale a dire sotto il solo nome chimico, e senza nessun confezionamento speciale. Si comprende tutta l'importanza di tale condizione, che vigerà fino al 1925, e che è sancita, nel caso di inadempienza da parte della Germania, dal diritto di gravi misure di rappresaglia.

Siccome però tutti sanno che i prodotti tedeschi, con il nome brevettato e col confezionamento sia pure alquanto ridotto, ma che mette in piena mostra la casa fabbricante, vengono tuttora (non sappiamo da qual parte) in Italia, e si vendono quasi in ogni farmacia, così uno dei còmpiti interessanti e pratici del Congresso sarà quello di chiamare l'attenzione di tutti (e anche di chi ha l'obbligo di provvedere) sulla questione.

In applicazione pure del Trattato di Versailles (oramai accettato dalla Germania) le potenze alleate (più gli Stati Uniti ed il Belgio) hanno il diritto di prelevare il 50 % degli « stoks » tedeschi di prodotti chimici sintetici, sostanze coloranti, prodotti intermediari, cortecce e sali di chinina, esistenti in Germania « o sotto il controllo tedesco » (che si estendeva, per esempio, alla Danimarca, ecc.). Tale diritto di prelevamento (a prezzi di imperio) o di « opzione », viene esteso a tutto il 1925 sul 25 % di « tutta la produzione germanica dei suddetti prodotti ». In base a queste condizioni, l'Italia riceverà, ad esempio, per le sostanze coloranti, circa tre milioni di chilogrammi di esse, semplicemente in base agli inventarii delle quantità oggi esistenti, e che furono ratificati dalla speciale Commissione delle rappresentanze interalleate. Quanto bisogno in Italia si abbia di sostanze coloranti e di prodotti intermediari per le industrie, quanto, sopratutto, si abbia bisogno di cortecce di china e di sali di chinina, è superfluo porre in rilievo.

Samo informati che a rappresentare l'Italia nella Commissione Interalleata che provvede, a Parigi, alla esecuzione di queste condizioni tanto opportunamente inserite nel Trattato di Versailles, è stato chiamato — per designazione già fattane dalle Associazioni Chimiche di Milano — il dott. prof. E. Belloni.

Al prossimo « Congresso per le Industrie Sanitarie » lo stesso prof. Belloni porterà personalmente, avendo egli già aderito a prendervi parte, il suo prezioso contributo alla delucidazione ed alle pratiche applicazioni di questi argomenti.

Per le stazioni balneari e climatiche nel Trentino, Alto Adige e Venezia Giulia.

La sera del 28 gennaio nel salone di via S. Paolo, n. 10, a Milano, si sono riuniti, sotto gli auspici dell'Associazione d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica e dell'Associazione Sanitaria Milanese, molti medici di Milano per avvisare ai mezzi più pratici onde assicurare la ripresa dell'attività e l'ulteriore incremento delle stazioni balneari e climatiche del Trentino ed Alto Adige e della Venezia Giulia.

Il prof. Luigi Viganò presidente della Sezione Alta Italia fece una elaborata relazione del viaggio compiuto nella prima decade di gennaio nella Venezia Tridentina da molti medici, illustrando le particolarità ed i bisogni delle singole stazioni visitate: Riva, Arco, Mendola, Bolzano, Merano, Dobbiaco, Cortina d'Ampezzo. La relazione del prof. Viganò promosse una lunga e provvida discussione cui presero parte il prof. Piccinini, il prof. Devoto, nuovo presidente generale dell'Associazione d'Idrologia e Climatologia, il prof. Medea, il dott. Hajech, il dott. A. Clerici, il dott. Baldereschi, il prof. Ambrogio Bertarelli, il relatore prof. Viganò.

Il prof. Devoto insistette particolarmente su questo punto: che tutto quello che si è fatto finora e si farà per la Venezia Tridentina, egualmente si farà per tutte le stazioni della Venezia Giulia, la quale è ora anche rappresentata nel Consiglio direttivo generale dell'Associazione da un eminente collega triestino, il beneme-

rito dott. Castiglioni, che in quest'occasione ripetutamente portò la sua nobile ed alta parola di sapere e di patriottismo.

Dopo di che vennero all'unanimità espressi i seguenti voti:

1. Chi sia provveduto al più presto al restauro delle stazioni danneggiate dalla guerra, il che non può avvenire senza le adeguate liquidazioni di guerra e senza ulteriori aiuti dello Stato.

2. Che essendo sommamente opportuno che il Trentino e l'Alto Adige vengano frequentati dagli italiani a preferenza di altre regioni forestiere verso le quali prima della guerra si indirizzavano cospicue correnti di pubblico italiano, si debbano approntare comode e rapide comunicazioni ferroviarie, lacuali ed automobilistiche, e favorite possibilmente da tariffe ridotte sul territorio della Venezia Tridentina e della Venezia Giulia.

3. Che vengano intensificati i lavori della ferrovia Calazo-Cortina-Dobbiaco per modo che se ne possa anticipare l'esercizio e che intanto venga migliorato il servizio ferroviario Vicenza-Calalzo e l'orario automobilistico Calalzo-Cortina onde rendere meno disagevole di quello che è oggi, l'accesso a Cortina d'Ampezzo, stazione che merita di essere frequentata fin da questi mesi invernali.

4. Che vengano accolti e favoriti i progetti che si propongono la creazione di stazioni di alta montagna estive ed invernali per sports e soggiorni invernali nel Trentino e l'Alto Adige.

5. Che gli insegnanti di medicina ed i medici italiani e così pure i medici che professano nelle nostre colonie prendano a cuore le sorti delle stazioni balneari e climatiche, estive ed invernali del Trentino ed Alto Adige e verso di esse si indirizzino le persone che si portavano altrove, all'estero.

6. Che l'Associazione d'Idrologia e Climatologia si metta immediatamente in raporto col benemerito Touring Italiano e con quegli altri Enti che danno affidamento di interessarsi per la propaganda e l'attuazione di mezzi pratici atti a valorizzare rapidamente le risorse climatiche della Venezia Tridentina e della Venezia Giulia.

7. Che si estendano alle stazioni della Venezia Giulia i provvedimenti che si invocano per la Venezia Tridentina.

Nel prossimo luglio avrà luogo a Cortina d'Ampezzo il convegno dei membri della Sezione Alta Italia dell'Associazione d'Idrologia e Climatologia.

Beneficenza.

Inaugurandosi ad Olgiate Olona l'Istituto di prevenzione tubercolare, dovuto alla munificenza del comm. Breda, il sen. prof. Mangiagalli ed altri cospicui personaggi presenti si inscrissero per la complessiva somma di duecentomila lire a favore del filantropico Istituto.

All'Ospedale Civile di Monza sono state donate L. 3000 di rendita annua netta dalla Società Anonima Meccanica Lombarda, perchè vi si istituiscano pei propri operai due letti di patronato, al nome del defunto senatore Ettore Ponti; e lire 50,000 dagli eredi del signor Alessandro Rovelli, i quali desiderano che ne sia beneficato in modo speciale il Padiglione della maternità.

L'avv. comm. Luigi Parodi ha versato al Comitato regionale ligure pro-mutilati, in memoria della venerata sua madre, la somma di L. 83.000 che, unitamente a L. 20.000 precedentemente versate, devono servire per l'officina di protesi e per l'Istituto di educazione professionale pro-mutilati in Genova.

Il comm. Leumann ha elargito la somma di settecentomila lire per l'erezione di una colonia profilattica pei bambini, figli di tubercolotici, da attivarsi a Rivoli (Torino).

Onoranze ad un medico condotto.

Al dott. cav. Carlo Soleri, da 43 anni medico comunale di Casteggio (Pavia), la cittadinanza ha offerto una medaglia d'oro. Alla simpatica cerimonia intervenne l'on. Cappa, quale deputato di Corteolona, paese natìo del festeggiato: egli salutò con un bel discorso il veterano dei medici condotti.

La «Casa di riposo» per le infermiere degl'Istituti Ospitalieri di Milano.

Funziona fin dallo scorso maggio e venne inaugurata il 15 ottobre. Ospita alcune pensionate ed accoglie le convalescenti nonchè tutte coloro le quali, durante il periodo delle vacanze o nel breve spazio d'una giornata di uscita, amano recarsi a godere un po' d'aria buona e salubre fuori della città.

È situata a 420 m. sul livello del mare, in Cassano-Albanese (provincia di Como), ed allogata entro un'antica villa, alle falde d'una collina, che in parte era, e adesso è divenuta già per intiero, proprietà della «Casa».

Per gli opportuni adattamenti del fabbricato, a fine di metterlo in condizione d'accogliere un sufficiente numero di ospiti, sono già state spese, e si dovranno spendere ancora, ingenti somme. Numerose sono giunte le offerte della beneficenza.

Sotto l'atrio è stata apposta una lapide con la effigie ed il nome della compianta n. d. Paolina Belinzoni De Maestri, la prima benefattrice. E sono stati iscritti i nomi della contessa Alfonsina Casati Cappello, Presidente della Associazione delle infermiere, e del conte Agostino Casati in una targa di bronzo infissa sulla porta d'una delle stanzette destinate alle ospiti, con l'augurio che presto anche le porte delle altre si abbelliscano di tali ornamenti.

Nella stampa medica.

Hanno ripreso le pubblicazioni «L'Encéphale» ed il suo supplemento «Informateur des aliénistes et des neurologistes». Durante la guerra «L'Encephale» aveva tentato di completare la annata del 1914, pubblicando un fascicolo nel 1915 ed uno nel 1916; ora escono i numeri 10-12 del 1914 in un solo fascicolo.

Nel 1920 l'importante periodico francese di neurologia e psichiatria vedrà la luce regolarmente, nella sua magnifica veste tipografica.

Auguri sentiti.

L'opera Grancher per la protezione dell'infanzia contro la tubercolosi.

È un'opera privata, che provvede al collocamento presso famiglie rurali dei bambini appartenenti a famiglie tubercolotiche.

Questo mezzo si è dimostrato il più pratico ed efficace per preservare i bambini contro la tubercolosi e assicurarne l'avvenire.

Sorta a Parigi, dove ha la sede centrale (rue de Lille 14), essa conta già in Francia 17 filiali dipartimentali; mentre altre due ora sono in preparazione, a Metz e Strasburgo.

Il segretario generale dell'opera, dott. Armand-Delille, riferiva che i fanciulli lasciati in seno alle famiglie tubercolotiche ammalano in proporzione del 60 %, con una mortalità del 40 % nei primi anni che seguono il contagio, mentre invece tra i primi mille bambini protetti dall'opera, si erano avuti solo due casi di meningite tubercolare, sopravvenuta poco dopo l'ammissione, e 4 casi di tubercolosi diversi: dunque una mortalità del 0.6 % appena!

Questi risultati sono davvero brillanti.

Dal « Paris Médical », 6 dic. 1919).

Elargizioni di un miliardario americano.

Il « British Medical Journal » del 3 gennaio 1920 informa che il sig. John D. Rockefeller ha destinato altri cento milioni di dollari (ossia quasi due miliardi in valuta italiana cartacea) alla coltura medica negli Stati Uniti. Di questa somma metà è assegnata al « General Education Board » per aumentare gli stipendi dei professori e del personale assistente delle Facoltà e Collegi di medicina degli Stati Uniti; l'altra metà è devoluta alla Fondazione Rockefeller, per promuovere le ricerche scientifiche e la campagna contro le malattie sociali.

Complessivamente fin'ora il Rockefeller ha elargito, per questi scopi, la somma formidabile di 400 milioni di dollari (equivalenti ad almeno 6 milardi in valuta nostrana).

Effetti imprevisti della legge contro il consumo degli alcool in America.

Si ha da New York che tra i primi risultati dell'applicazione della legge che vieta la fabbricazione, la vendita e il consumo degli alcools ve n'è uno imprevisto e doloroso: i fabbricanti hanno venduto dello spirito di legno (alcool metilico) al posto dello whisky. Vi sono già 54 morti per intossicazione metilica. La polizia ha proceduto a numerosi arresti. I commercianti di tali liquori saranno accusati di omicidio.

Contro l'alcoolismo in Inghilterra.

Il Governo inglese ha preparato un progetto di legge per l'estensione, in tempo di pace, della regolamentazione della fabbricazione e della vendita di bevande alcooliche, dacchè l'esperienza fatta durante la guerra in Inghilterra ha dimostrato che la riduzione del consumo di bevande alcooliche produce un miglioramento nella salute pubblica e nell'attività nazionale.

Il progetto di legge è stato annunziato da Re Giorgio nel discorso tenuto il 10 corr. per l'inaugurazione del Parlamento.

Lo sviluppo delle trattorie analcooliche nella Svizzera.

Lo sviluppo delle trattorie analcooliche sorte a Zurigo si va affermando.

Sopra 200.000 abitanti di questa città, oltre 20.000, si assicura, vanno giornalmente a prendere i pasti alle trattorie analcooliche. Su di ogni tavola non vi sono che bottiglie di acqua.

Una iniziativa simile sarebbe necessaria in Italia.

Legalizzazione dell'aborto nella Svizzera?

Il Grande Consiglio del Cantone di Basilea-città aveva adottato, in prima lettura e dopo lunga discussione, per appello nominale, con 55 voti contro 50, una proposta del deputato socialista Velti, la quale autorizzava l'aborto, fino al 3° mese di gestazione, purchè i due genitori fossero consenzienti, oppure, nelle unioni illegittime, in seguito al solo consenso della madre, a condizione che l'aborto venisse provocato da un medico diplomato.

In seconda lettura la proposta socialista venne respinta con 61 voti contro 54.

(Dagli « *Archives Meumelles d'Obst. et de Gynécologie* », VIII, n. 7).

Sovrabbondanza di studenti di medicina in Inghilterra.

Il numero degli studenti di medicina è in notevole aumento nell'Inghilterra, ed in molte scuole mediche eccede la capacità delle classi. A Londra il numero medio degli iscritti negli ultimi anni *ante bellum* oscillava tra 1400 e 1500, mentre quest'anno è stato raggiunto il numero di 2000; è segnalato un aumento analogo a Edimburgo e Glascow.

Attualmente esercitano in Inghilterra 1000 medichesse circa; ma nelle varie scuole mediche sono iscritte 2250 studentesse: se le iscrizioni continueranno di questo passo, tra cinque anni il numero delle medichesse sarà raddoppiato.

La forte affluenza verso la professione sanitaria sembra determinata dai miglioramenti economici recati ai medici dalle assicurazioni sociali; ma aumentando il numero dei medici, i benefizi finirano per scomparire.

La Croce Rossa Svedese e la campagna sanitaria nell'Europa orientale.

La Società della Croce Rossa Svedese ha testè chiesto al Governo una sovvenzione di un milione di corone per poter prendere una parte più attiva nella lotta contro la straziante miseria e le pericolose epidemie che infieriscono nelle regioni orientali d'Europa, costituendo una grave minaccia per l'intero continente. Compresa dall'urgenza di rispondere favorevolmente agli appelli dei paesi devastati da queste calamità, cui han fatto seguito i richiami di molte istituzioni di soccorso, l'assemblea generale della Croce Rossa Svedese ha risolto di affrontare immediatamente la grave situazione senza attendere le decisioni del Parlamento (Riksdag) cui spetta di votare i crediti richiesti. Essa ha deliberato di prelevare intanto dai fondi della Società, a titolo di

anticipo, la somma di 100.000 corone per metterla a disposizione del Comitato Centrale, onde si svolga un'azione immediata nelle regioni colpite.

La Croce Rossa Svedese considera anzitutto come obiettivo principale della sua campagna umanitaria e sanitaria, i paesi che le sono più direttamente accessibili, ossia la Russia e specialmente Pietrogrado — via via che verrà ristabilita la pace — come pure l'Austria (assistenza all'Ufficio Centrale di Vienna per la lotta contro le epidemie manifestatesi nell'Europa Orientale).

La lotta contro il tifo esantematico in Serbia.

La Croce Rossa Americana ha condotto una campagna organica ed efficace contro il tifo esantematico in Serbia durante questi ultimi cinque anni, e col concorso degli elementi sanitari locali e d'altri paesi è riuscita a debellarlo.

Durante il 1915 su 3 milioni di abitanti si ebbero 150,000 morti; tra le vittime furono 150 medici, ossia 1 ogni 75,000 abitanti. Ora il numero dei casi è ridotto, secondo dati ufficiali, a meno di 100.

Lotta contro la prostituzione nella Czeco-Slovacchia.

Una Società presieduta dalla signora Zemin, si è proposto di promuovere un rinnovamento della polizia dei costumi nella Czeco Slovacchia. Essa suggerisce di sradicare la prostituzione: 1° Chiudendo tutte le case di tolleranza; 2° Controllando la vita negli hótels; 3° Combattendo la prostituzione libera; 4° Erigendo asili di rigenerazione per le prostitute; 5° Rendendo obbligatoria la denunzia e la cura delle malattie veneree; 6° Isolando le persone infette; 7° Punendo il sensalismo come il più grave delitto.

La Croce Rossa Cinese.

La Società della Croce Rossa Cinese è stata fondata nel 1904. Prima di essa, una Società avente gli stessi scopi svolse la sua opera durante la guerra Cino-Giapponese negli anni 1894 e 1895.

Nel 1906, per il terremoto di San Francisco, il Comitato Cinese elargì 20.000 taels, la Camera di commercio di Shangai ne aggiunse atri 80.000. Queste somme furono inviate a San Francisco in nome della Croce Rossa Cinese.

Negli anni 1910 e 1911 furono soccorsi 67.580 malati in seguito alla carestia verificatasi nelle regioni di Anhwei.

Nel 1912 vennero curati ad Hancow e ad Hanyang, 1485 ammalati negli ospedali, e 1890 a domicilio.

Le contribuzioni e le donazioni sono classificate come segue: 1° contribuzione dei soci: 25 dollari messicani ciascuno; 2° offerte di 200 dollari messicani ciascuna; 3° offerte di 1000 dollari messicani ciascuna; 4° Croce al merito per servizi distinti e per offerte di 5000 dollari e più. Offerte e contribuzioni di persone di qualsiasi nazionalità e classe. Aiuti di ogni specie alle Associazioni di beneficenza, da parte dallo Stato o dei Servizi governativi.

La Società conta circa 26.000 membri ed ha oltre 30 Comitati regionali posti sotto il controllo del Comitato Centrale presieduto dal vice-presidente della Croce Rossa residente a Shanghai.

È morto ad Oxford sir VILLIAM OSLER, direttore della Clinica medica di quella Università il più reputato dei clinici medici dell'Inghilterra.

Era nato in America nel 1849. Due anni appena dopo essersi laureato, nel 1874, conseguì la cattedra di patologia presso l'università di Montreal, ove rimase fino al 1884, quando venne chiamato ad insegnare medicina clinica a Filadelfia; nel 1889 passò a Baltimora; nel 1905 accolse la chiamata che gli venne dalla vetusta università di Oxford. Durante la guerra fu di un'attività meravigliosa.

Organizzò un vero modello di clinica medica al Johns Hopkins Hospital in Baltimora e poi a Oxford.

La sua produzione scientifica è imponente: riesce difficile analizzarla. Egli era un enciclopedico della medicina.

È stato ucciso da una polmonite influenzale cui seguì un empiema che rese necessaria una toracentesi; in piena convalescenza si è abbattuto.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Pol'gr. Amm. Guerra. L. Pozzi, resp

Anno XXVII *Roma, 16 febbraio 1920* Fasc. 7.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Prof. ENRICO MORELLI

28 Settembre 1856 13 Febbraio 1920

Il prof. **ENRICO MORELLI** è morto la notte del 13 and. È morto dopo una lunga e penosa malattia che egli aveva sopportato con stoica calma e serenità.

La morte ha stroncata immaturamente una vita intensa di operosità e di fede. Dal padre, caduto accanto a Pisacane, a Sapri, aveva ereditato solo la tenacia e l'entusiasmo della razza calabrese. Lavorò sicuro del suo ingegno e della sua costanza. Studiò e riuscì a farsi una profonda cultura in ragioneria. Fu maestro esemplare in questa disciplina, istruendo ed educando parecchie generazioni di allievi, molti dei quali già provetti e maturi riconoscevano sempre in lui il maestro illuminato, al quale ricorrevano sempre per consiglio nelle più gravi quistioni. I suoi libri di ragioneria sono tra i più chiari che si siano scritti in tale materia e costituiscono ancora il testo dei vecchi e dei nuovi ragionieri. Esercitò la professione con onestà indiscussa: quistioni gravissime, delicatissime, furono affidate a lui, ed egli le risolse con quello scrupolo e quella imparzialità, che ottengono il plauso di tutti.

Ingegno esuberante, scrittore limpido, persuasivo professò in gioventù il giornalismo politico facendosi apprezzare per la correttezza e la semplicità dei suoi articoli. Ma la scienza lo tentava. La medicina italiana, che pur allora aveva campioni eminenti, difettava di periodici che ne diffondessero l'attività ed i progressi. Si accordò con Baccelli e Durante ed a loro disposizione mise la sua competenza giornalistica ed amministrativa. Fu così fondato « *Il Policlinico* ». A questa sua creatura prediletta egli dedicò tutte le sue cure, prodigò il suo ingegno, affidò la sua fortuna. Rinunciò all'insegnamento, alla professione, perchè potesse dare tutto se stesso al giornale, perchè prosperasse il giornale, che egli voleva sempre migliore, sempre più diffuso. Pubblicista di istinto, conosceva la psicologia dei lettori e ne presentiva i gusti ed i desiderii. Amministratore accorto, aveva audacie che però non erano mai scompagnate da quel calcolo e quella prudenza che assicurano il successo. Non pensò mai, benchè ne lo tentassero i lauti guadagni, di far passare attraverso la scienza la réclame commerciale, non volle mai che il giornale si asservisse a interessi di caste o di istituti. « *Il Policlinico* » rimase sempre il giornale di scienza pura e di difesa inflessibile dei diritti dei medici.

Egli sognava di fare del suo giornale un periodico di medicina che potesse non solo eguagliare, ma superare le più accreditate riviste straniere. Mentre il suo sogno si tramutava in realtà, la morte lo ha còlto, non ancora vecchio, e giovane sempre per iniziative ed operosità.

Chi ebbe l'onore di vivere nella sua domestichezza, di giovarsi dei suoi consigli, dolora per la sua perdita; i medici italiani, le cui aspirazioni egli riassunse fondando questo giornale, non possono che rimpiangerne la scomparsa.

SOMMARIO.

Ai Signori associati, si rammenta che il fascicolo I° del 1920 della Sezione Medica contiene un importante articolo dell'illustre clinico prof. AUGUSTO MURRI dal titolo DEI MEDICI FUTURI.

Gli abbonati alla sola Sezione Pratica che desiderano procurarsi il godimento intellettuale di leggere questo interessantissimo lavoro di grande attualità si affrettino ad inviare alla nostra Amministrazione cartolina-vaglia da L. 2.50 oppure aggiungano tale somma al prezzo d'abbonamento pel 1920.

☞ Sull'ENCEFALITE LETARGICA pubblicheremo nei Fasc. 2 e 3 della nostra Sezione Medica una Memoria completa del dottor _ECONOMO_ di Trieste, il quale ha studiato a fondo tutti gli aspetti della recente epidemia.
Il lavoro sarà accompagnato da parecchie tavole illustrative.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE FISIOTERAPICO DEL CORPO D'ARMATA DI ROMA - GABINETTO DI ELETTRODIAGNOSI ED ELETTROTERAPIA

diretto dal dott. FRANCESCO SABATUCCI.

Le paraplegie nella malaria

per il dott. FRANCESCO SABATUCCI.

Vittorio Ascoli nel suo volume « La Malaria » e più precisamente nel capitolo XIII (Successioni morbose da malaria) afferma che paraplegie spastiche di natura malarica, da lesione sicuramente midollare, non sono state ancora dimostrate. Paraplegie inferiori che già Puccinotti dava per frequenti appartengono alle forme flaccide e sono da riportarsi a polinevrite. Sempre a forma flaccida ma da probabili localizzazioni midollari sono i casi di Craig (con disturbi retto-vescicali), di Maillot, quello descritto come « mielite » da Silvestrini, uno di Lafora, e uno di Ziemann. Altri casi sono di dubbia etiologia, e in questi è difficile dire quanto abbia di responsabilità l'ematozoo e quanto altre cause intossicanti: caso di Ammoland e Flottes a tipo di sindrome di Landry in un saturnino, caso di Lenders in un eredoluetico appena convalescente di blenorragia. In ambedue questi malati la sindrome midollare si svolse contemporaneamente all'evoluzione di ematozoi nel sangue. Nel riaccendersi dell'infezione malarica per le speciali ragioni create dallo stato di guerra ha rifiorito cospicuamente la letteratura dell'interessante argomento, e si è rafforzato con nuove prove cliniche ed ematologiche tutto quel dottrinale che è in gran parte vanto della scuola romana. Ho cercato invano nelle recenti pubblicazioni, casi di sindromi midollari in sicuro rapporto con il parassita malarico. Soltanto il Castellani in « Alcune osservazioni sulla malaria e in altre malattie tropicali della zona Balcanico-Adriatica » (Annali di Medicina navale e coloniale - anno 1918 - volume 1° - fascicolo III-IV) dopo avere accennato come le sindromi nervose centrali nei Balcani siano assai comuni, afferma che sono estremamente rari i tipi spinali. Riferisce di averne visto un caso « simulante clinicamente la mielite trasversa », ma non dà maggiori dettagli. Il prof. Borgherini nella relazione « Forme cliniche di malaria » (*Policlinico*, Sezione medica, fasc. 9, settembre 1918) fa un particolareggiato riassunto di tutti i numerosissimi casi osservati nei due ospedali territoriali di Padova — Francesco Petrarca e Santa Giustina — e ricorda speciali successioni nervose da malaria (nevralgie, paralisi del faciale unilaterale, monoparesi degli arti, nevriti, polinevriti,

associazioni d'isteria e malaria, sindromi cerebellari conformi a quelle descritte da Pansini e Schupfer) ma non accenna di aver veduto casi di sindromi spastiche da malaria.

Per la vera rarità quindi della localizzazione midollare da malaria ho considerato dovere il rendere noti i due casi da me studiati nell'ospedale fisioterapico del Corpo d'Armata di Roma.

CASO 1°. — C. Adolfo, classe 1895.

Dati anamnestici. — Genitori viventi in ottima salute. Tre fratelli e tre sorelle godono buona salute. Non ha mai sofferto di alcuna malattia degna di nota. Nega lue, qualunque contagio venereo, non bevitore. Chiamato regolarmente con la sua classe alle armi ha goduto buona salute fino al gennaio 1916 quando trovandosi in Macedonia fu preso da febbri malariche per le quali fu ricoverato all'ospedale di Salonicco. Vi rimase all'incirca cinquanta giorni e ne uscì con due mesi di riposo passati al comando di battaglione in Salonicco. Rientrò quindi in territorio italiano con la sua brigata e fu inviato nel Trentino in zona certamente non malarica (alta montagna). Quivi (settembre 1916) fu nuovamente colpito da eccessi febbrili diagnostici malarici e ricoverato in ospedale. Ne uscì dopo venticinque giorni e andò in licenza presso la famiglia (nel Modenese). Allo spirare della licenza fu prima inviato alla scuola mitraglieri in Brescia, poi tornò alla fronte, prima sul Vodice, poi a Castagnavizza, poi sulla Bainsizza. Durante questo tempo non fece mai profilassi chininica. Il giorno 11 ottobre 1917 mentre era in trincea ebbe accesso febbrile, preceduto da brividi, della durata di qualche ora, e con sudore profuso nella defervescenza. Il 14, 15, 16, non ebbe febbre, poi ebbe accessi il 17, 18, 19, il 20 non ebbe febbre, che riapparve nei giorni successivi (21, 22, 23), poi tre giorni senza, quindi apparvero accessi febbrili quasi giornalieri che non raggiungevano i 38°. Era stato intanto trasferito dall'ospedale da campo nell'ospedale di Miramare di Genova. Dalla cartella clinica di questo ospedale ho desunto i dati esposti, l'accertamento batteriologico dell'ematozoo malarico, e rilevai pure che venne chininizzato opportunamente. Da Miramare venne trasferito nel nostro ospedale il 9 novembre 1917. Durante i primi giorni della nostra osservazione non ebbe accessi febbrili. Ma dopo tre giorni, il 12 novembre 1917, il paziente si accorse che non poteva emettere liberamente le urine e contemporaneamente avvertì un senso di formicolìo negli arti inferiori specialmente nei piedi e nelle gambe, accompagnato da grande debolezza, tanto da doversi sorreggere di quando in quando nel camminare o fermarsi e sedere per non andare in terra. Il giorno successivo questi fenomeni si attenuarono e potè urinare liberamente. Il 14 al mattino notò nuovamente negli arti inferiori una grande debolezza e fu costretto a ritornare in letto. La sera si accorse che non era capace di tenere la stazione eretta, non potè urinare, nè andare di corpo. Nei giorni seguenti si accentuò il disturbo a carico della vescica e del retto e si rese impossibile qualunque movimento negli arti inferiori. Il giorno 18 rimanendo quanto ho descritto il paziente si accorse di senso di debolezza negli arti superiori che durava fatica a sollevare dal piano del letto. Dopo due o tre giorni questi fenomeni a carico degli arti superiori scomparvero, rimanendo invariate le condizioni degli inferiori, della vescica e del retto.

Esame del 20 novembre 1917:

Il P. giace in decubito dorsale. Il sensorio è integro, la percezione pronta, tanto che risponde con facilità e prontezza a tutte le domande, e rievoca con esattezza perfetta di luoghi e di date la successione morbosa che lo riguarda. Sviluppo scheletrico regolare, condizoini generali di decadimento. Colorito della pelle pallido giallastro. Mucose pallide, pannicolo scarsissimo. Nulla a carico dei polmoni e del cuore. Polso con tendenza alla bradicardia, ipoteso. Addome alquanto meteorico, si palpano scibale nel colon discendente. Fegato si palpa, non è dolente. Milza deborda lievemente, è alquanto dolente. Vescica piena.

Esame neurologico. — Oculomozione normale. Niente a carico dei muscoli innervati dal VII e dal XII. I movimenti passivi ed attivi della testa sul tronco sono tutti possibili e completi, non offrono speciali resistenze. Non è possibile alcun movimento attivo del tronco.

Arti superiori. — Imprimendo ai vari segmenti degli arti superiori dei movimenti passivi si nota come questi siano tutti possibili e completi, e offrono una resistenza inferiore alla normale.

I movimenti attivi sono tutti possibili e completi dai più semplici ai più complessi, ma si nota una evidente lentezza nel compierli, e una discreta astenia: così il P. non riesce a sollevare completamente gli arti in estensione e il destro meno bene rel sinistro. Inoltre si stancano facilmente e ricadono subito sul piano del letto. La forza muscolare agli esami dinanometrici è scarsissima.

Arti inferiori. — In posizione cadaverica, piedi cadenti e alquanto ruotati all'esterno. I movimenti passivi sono tutti possibili e completi, non offrono alcuna resistenza. Non è possibile alcun movimento attivo.

Riflessi. — Assenti gli achillei, i rotulei, i cremasterici e gli epigastrici, appena accennati i tendinei superiori. Presente il faringeo e il congiuntivale. Iridi eguali, reagiscono bene alla luce e all'accomodazione.

Sensibilità. — Ben conservata la sensibilità tattile. Ipoalgesia degli arti inferiori e del tronco fino ad una linea che con demarcazione poco netta passa per la base del torace. La discriminazione del caldo e del freddo non è possibile nei piedi, è compiuta con grandi incertezze nei segmenti prossimali degli arti e nel tronco fino alla linea già detta per il dolore. Diminuita la sensibilità pallestesica fino alle spine iliache anteriori superiori. Abolito negli arti inferiori il senso stereognostico e il senso di posizione delle membra.

Sensi specifici. — Normali.

Esami speciali. — Reazione Wassermann nel sangue: negativa.

Esame del sangue. — Positivo per la malaria.

Esame urine. — Nulla di patologicamente interessante.

Puntura lombare. — Il liquor esce a gocce lievemente ravvicinate. Wassermann nel liquor e reazione di Nonne negative. Nessun altro dato patologico.

Riassunto di diario clinico. — Il P. è sottoposto ad intensa cura chininica dapprima per via ve-

nosa, poi ipodermica, e finalmente per « OS ». Contemporaneamente sugli arti paraplegici si praticano massaggi lievi e lievi applicazioni galvaniche.

Il 5 dicembre 1917 compaiono decubiti nella regione sacrale.

Il 20 dicembre si nota ulcerazione in corrispondenza di entrambe le regioni del tendine di Achille e del calcagno. I decubiti vengono convenientemente curati.

Nei primi giorni di gennaio si comincia a notare il ritorno dei primi movimenti a carico dei piedi, prima del sinistro poi del destro. Comincia pure a ritenere le urine, sempre perdura stipsi ostinata.

Il miglioramento accennatosi nel gennaio va progredendo con discreta rapidità nel febbraio. La paraplegia flaccida diviene a poco a poco una paraparesi lievemente spastica.

L'esame neurologico del 20 novembre 1918 può così essere riassunto: Nulla a carico dei nervi cranici e degli arti superiori. Movimenti passivi negli arti inferiori possibili ma con un leggero aumento di resistenza. Movimenti attivi possibili e completi. Il P. non può camminare per i decubiti della regione dei calcagni. Compie alcuni passi poggiando in terra l'avampiede. Riflessi: tendinei superiori presenti. Epigastrici addominali assenti. Rotulei vivacissimi. Accenno di clono della rotula bilaterale. Achillei vivacissimi. Clono del piede a destra, a sinistra accennato. Babinsky presente bilateralmente. Le varie discriminanti della sensibilità sono ben percepite negli arti inferiori. Si nota qualche incertezza per il senso di posizione nelle dita dei piedi. Non perde urine. Stipsi. Si continua la cura chininica praticando anche iniezioni di ferro e arsenico e si continuano i massaggi lievi degli arti inferiori. Il miglioramento progredisce fino alle condizoini dell'ultimo esame.

Riassunto esame 12 agosto 1919. — Il P. è capace di deambulare bene, ma procede a piccoli passi con lievissimo strisciamento dell'avanpiede. Rotulei sempre vivacissimi. Accenno di clono della rotula e del piede. Presente il Babinsky. Mancano gli epigastrici e gli addominali. Permane la stipsi.

Il 13 agosto 1919 è dimesso dall'ospedale con la seguente diagnosi: lievissima paraparesi spastica, esito di paraplegia flaccida per lesione midollare da infezione malarica.

CASO 2°. — G. Felice di anni 28, 12° battaglione R. guardia di finanza.

Nulla di interessante nel gentilizio. Nell'anamnesi personale si rileva che il P. a circa 20 anni, cominciò a soffrire di attacchi convulsivi a tipo isterico, che si sono ripetuti di quando in quando a intervalli irregolari, specie in seguito a patemi d'animo. Modico bevitore e fumatore. Nega lues. Il P. afferma che fin dal 29 giugno 1917, alla partenza da Taranto per l'Albania aveva iniziato la profilassi chininica. Nei primi giorni del luglio trovandosi al confine albanese fu colto da febbri molte alte, che si presentavano ogni tre giorni. Non fu ricoverato in ospedale ma continuò a prendere chinino per bocca a dose di un paio di grammi al giorno. Circa il 15 di luglio fu colto una notte da violenti dolori che dalla regione dorso-lombare si irradiavano in basso e in avanti: in letto non poteva stare supino, ma dormiva in decubito ventrale. Ciò nonostante continuò ancora qualche giorno a fare servizio pur procurandogli questo fatica grandissima, e peggiorando i dolori e il senso di stanchezza agli arti inferiori. La sera del 20 mentre tornava da un servizio di perlustrazione durante il quale aveva camminato piuttosto a lungo avvertì all'arto inferiore destro, dal piede fino all'altezza del ginocchio, un senso di intorpidimento ed entrambe le gambe molto pesanti. Continuò a fare servizio egualmente. In questo tempo prendeva chinino in piccole dosi (una, due pasticche al giorno). La sera del 30 luglio mentre si trovava di servizio in perlustrazione presso un fiume fu colto da forti dolori di ventre. Notò allora che da più ore non orinava e riportando il dolore a questo fatto cercò di urinare ma invano. Contemporaneamente sentì mancare la forza all'arto inferiore destro tanto che cadde e non fu capace di rialzarsi. A dorso di mulo fu accompagnato all'infermeria ove fu siringato e potè liberarsi dai dolori. La mattina del 3, mentre claudicando per la debolezza all'arto destro cercava recarsi alla latrina sentì venir meno la forza anche all'arto sinistro e cadde nuovamente in terra. La sera fu trasportato all'ospedale di Plataria. I medici che lo visitarono la mattina successiva poterono stabilire che presentava paraplegia flaccida con anestesia fino all'altezza dell'ombelico e ritenzione di urine. Gli furono praticate iniezioni ricostituenti ed eccitanti (olio canforato, ferro, arsenico, stricnina) senza alcun risultato. (Dati raccolti dalla cartella clinica).

Ai primi di settembre fu trasferito all'ospedale da campo 024 (Corfù): quivi fu praticato l'esame del sangue che riuscì positivo per la malaria. Essendo comparsi altri accessi febbrili e per la paraplegia in atto gli furono praticate iniezioni endovenose di chinino. Il P. afferma che fino dalle prime tre o quattro iniezioni cominciò a migliorare sia nel campo della motilità che in quello della sensibilità. Però cominciò ad avere, invece che ritensione, perdita di urine.

Nel gennaio fu trasportato all'ospedale di Bari e nel febbraio a Roma.

Entra in questo ospedale il 12 novembre 1918, e viene ricoverato al reparto 12°, letto n. 904.

E. O. Decubito dorsale, individuo a sviluppo scheletrico e muscolare regolare. Segni evidenti di marcata oligoemia. Cute di colorito giallastro. Mucose visibili molto pallide.

Nulla a carico dei polmoni e del cuore. Fegato nei limiti normali. Milza si palpa ed è dolente. Urine. Reazione alcalina, odore ammoniacale, aspetto torbido. L'esame clinico mostra presenza di muco-pus. L'esame microscopico del sedimento conferma i caratteri di una lieve cistite.

Esame neurologico. — Oculomozione normale sia all'esplorazione mono che binoculare. Integri i movimenti dei muscoli innervati dal VII e XII. Nulla a carico dei movimenti del collo, del tronco e degli arti superiori. Gli arti inferiori giacciono abbandonati sul piano del letto. I piedi presentano un discreto grado di varo equinismo, gli alluci sono in iperestensione (posizione di permanente Babinsky). Non disturbi trofici delle masse muscolari. I movimenti passivi nei vari segmenti degli arti inferiori offrono una notevolissima resistenza. Qualche volta nel cercare di vincere questa resistenza e nell'imprimere dei movimenti di flessione ed esten-

sione dell'arto si nota l'insorgenza di un tremore che iniziatosi lieve, diviene a poco a poco un succedersi di scosse cloniche, brusche, rapide, senza ritmo, e cessano poi ad un tratto repentinamente come per il cessare di una scarica. Nessun movimento attivo è possibile nei piedi, nelle gambe, nelle coscie. Riflessi. Babinsky bilaterale permanente. Clono del piede Bilaterale. Rotulei molto esagerati. Clono della rotula bilaterale. Cremasterici assenti. Epigastrici e addominali assenti. Tendinei superiori presenti. Faringeo presente. Congiuntivale presente. Iridi eguali, reagiscono bene alla luce e all'accomodazione. Sensibilità. Anestesia quasi completa nei piedi e nelle gambe, lievemente degradante verso le coscie ove esiste una marcata ipoestesia.

Lo stesso comportamento per il caldo, il freddo e per la pallestesia. Abolito negli arti inferiori il senso stereognostico e il senso di posizione delle membra.

Nulla a carico della sensibiltà specifica.

Non dolorosa la compressione dei tronchi nervosi periferici, nè delle docce e delle spine vertebrali.

Incontinenza di urine. Stipsi ostinata.

Reazione di Wassermann nel sangue negativa.

Puntura lombare. Liquor esce senza pressione, Nonne, Wassermann negative.

25 novembre 1918. — Il P. ha avuto un accesso febbrile preceduto da intenso brivido, durato poche ore, terminato con profuso sudore.

Si pratica l'esame del sangue, il quale dà il seguente referto: ipocromatismo lieve, normocromoemia, isocitosi e normocitosi, leucociti normali. Parassiti della malaria presenti in forme anulari piccolissime endoglobulari (forme estivo-autunnali).

Esame del sangue preparato col Giemsa: si confermano i dati dell'esame a fresco; qualche eosinofilo, formula leucocitaria normale.

Si pratica iniezione endovenosa di chinino e si continua nei giorni successivi intensamente.

27 marzo 1918. — Non ha più avuto accessi febbrili. S'inizia qualche movimento negli arti inferiori. Si praticano inezioni di ferro e cacodilato, e massaggi lievi negli arti inferiori.

27 aprile 1918. — Continua il miglioramento negli arti inferiori, persiste la incontinenza. Continua le cure come sopra. Si aggiungono lievi galvanizzazioni discendenti per la vescica.

27 maggio 1918. — Il P. può lasciare il letto e deambulare discretamente, ma è fortemente spastico.

7 ottobre 1918. — Esame neurologico (si omettono i dati positivi).

Alluci iperestesi. I movimenti passivi negli arti inferiori offrono una notevole resistenza nei vari segmenti. I movimenti attivi: nelle coscie e nelle gambe sono completi, ma stentati. Nei piedi la flessione plantare è completa, la dorsale è ridotta a metà, i movimenti di lateralità sono quasi nulli. Nelle dita la flessione plantare è ridotta a 2/3, la dorsale è quasi completa, i movimenti di lateralità sono quasi nulli.

Riflessi. — Babinsky permanente. Clono del piede e della rotula. Assenti gli ipogastrici a destra e a sinistra. Debolissimo il mesogastrico a sinistra. Assente a destra, provocabili gli epigastrici però a sinistra meglio che a destra.

Sensibilità. — Ipoestesia tattile e dolorifica negli arti inferiori specie nelle gambe e nei piedi, a destra un poco più che a sinistra. Batianestesia delle dita del piede destro e in minor grado (incertezza) a sinistra. Non dolorosa la compressione dei tronchi nervosi periferici, delle docce paravertebrali, delle apofisi spinose. Incontinenza di urine. Stipsi.

20 novembre 1918. — Il P. è stato colto nella giornata da tre accessi convulsivi a tipo nettamente isterico.

9 dicembre 1918. — Viene dimesso dall'ospedale. Il miglioramento è continuato. Persiste l'incontinenza e la stipsi.

EPICRISI.

I due casi descritti hanno tra loro tali punti di analogia da poterne discutere le diagnosi insieme.

Infatti, riassumendo, si tratta di due individui certamente malarici per infezione contratta in Albania, che in determinate epoche cominciarono a soffrire di disturbi prodromici caratterizzati da parastesie lungo gli arti inferiori, associati a debolezza negli arti stessi. Nei giorni successivi si aggiunsero fatti di vera *claudicatio intermittens* con disturbi retto-vescicali, e in una terza fase ebbero *ictus midollare* cui seguì una paraplegia con ritenzione di feci e di urine, decubiti, e ulcerazioni trofiche (1° caso). Ai fatti motorî si univa anestesia tattile termica dolorifica pallestesica del senso di posizione e stereognostica, più grave nei segmenti distali, meno nei prossimali, e degradante verso l'addome.

La paraplegia da flaccida divenne in secondo tempo spastica e con le cure specifiche per la malaria andò a poco a poco migliorando fino a residuare una lieve paraparesi spastica nel primo, un poco più accentuata nel secondo caso, con disturbi vescicali (incontenenza) nel secondo; nulla a carico degli sfinteri nel primo.

Davanti al quadro clinico dei primi giorni non si poteva che porre la diagnosi d'interruzione midollare. Si doveva infatti escludere la possibilità di una paraplegia isterica sopravvenuta in un malarico perchè bastavano a farla escludere la perdita delle urine, la mancanza di tutti i riflessi superficiali e profondi, la precoce comparsa dei decubiti e delle alterazioni trofiche.

Il dubbio poteva, se mai, avere maggiore consistenza nel malato della seconda osservazione nel quale esistevano certamente fenomeni isterici, alcuni di vecchia data (crisi convulsive) altri recenti (tremore a tipo di scariche cloniche quando si cercava di imprimere agli arti dei movimenti passivi). Ma anche in questo caso erano non dubbi sintomi di lesione organica (già ricordati) e quindi non si poteva non ammettere una coesistenza di fenomeni organici e funzionali.

Del pari non era possibile pensare ad una sindrome periferica (polinevrite) per il decorso, per la mancanza completa di dolori spontanei o provocati, per la perdita delle urine, per l'assenza di disturbi trofici a carico di muscoli, per decubiti precocissimi.

Così non si poteva ammettere un processo che comprimesse il midollo dall'esterno (scheletro-meningi) perchè mentre mancava qualunque fatto a tipo radicolare, e il tipico dolore pachimeningitico, è anche noto che la compressione del midollo per lesione di vicinanza dà luogo generalmente a una paraplegia che non è prima flaccida e poi spastica, ma è fin dal pricipio spastica con andamento progressivo.

Dovevasi anche escludere una poliomielite anteriore acuta degli adulti. In questa si ha difficilmente una paraplegia così completa e così simmetrica, l'atrofia si manifesta molto rapidamente come presto si rilevano sui muscoli ipotrofici le alterazioni della eccitabilità elettrica. Nei nostri casi poi non facevano difetto i disturbi della sensibilità che generalmente mancano nella poliomielite anteriore acuta. Bisogna eliminare del pari la paralisi ascendente acuta di Landry. Questa forma è stata descritta da Remlinger in un individuo malarico, nel midollo del quale però non si rinvenne il protozoo ma lo streptococco. A parte il decorso quasi sempre fatale della paralisi di Landry che non si arresta al midollo ma invade il bulbo, si deve pensare che in questa forma morbosa la paralisi comincia dai segmenti distali invadendo quindi progressivamente e rapidamente la radice degli arti; la paralisi permane flaccida fino all'esito finale, la sensibiltà è punto o poco compromessa.

Poteva anche sorgere il sospetto nei nostri casi che si trattasse di una sclerosi a placche (forma paraplegica) tanto più che è noto come la sclerosi a piastre possa avere come momento etiologico la malaria. E' da notare peraltro come i casi descritti nella letteratura sono rappresentati da sindromi che meglio vanno con il nome di « pseudosclerosi a placche », perchè mentre si somigliano per lo scandimento della parola, il nistagmo, il tremore intenzionale, la paraparesi o tetraparesi con spasmo, mancanza di riflessi addominali, si differenziano dalle vere sclerosi a piastre per il decorso in quanto nelle forme di malaria, la sindrome paraplegica è accompagnata da un largo corteo di sintomi in rapporto con localizzazioni più alte dell'asse cerebro-spinale.

All'infuori di queste pseudosclerosi in rapporto evidente con la malaria, e a prescindere se le vere sclerosi a piastre possano talora riconoscere come dato etiologico la malaria è certo che nella sclerosi a piastre a forma paraplegica pura (rara) fin dall'inizio la paraplegia è spastica, e non prima flaccida e poi spastica, e manca l'interessamento così grave della sensibilità, come nei nostri casi.

Inoltre nella sclerosi disseminata è raro un inizio tanto brusco e nell'ulteriore decorso si possono avere remissioni ma non una diminuzione del quadro sintomatologico fino alla scomparsa quasi totale dei fatti morbosi.

Invece il giudizio diagnostico si indirizzava verso una lesione midollare d'origine arteritica. Basta infatti pensare alla grande analogia fra la sindrome fenomenica presentata dai nostri infermi e quanto succede nella mielomalacia d'origine arteritica nella *lues maedullae*. Dopo un periodo prodromico, più o meno lungo, caratterizzato da parastesie varie lungo gli arti inferiori e di *deficit* midollari transitori (*claudicatio intermittens*) il malato ad un tratto ha un vero *ictus* midollare, consegneza del quale è una paraparesi flaccida con disturbi retto-vescicali. Se la cura specifica interviene a tempo non si giunge alla paraplegia, altrimenti si ha una guarigione parziale, con difetto, nella quale la paraplegia diviene paraparesi, e da flaccida assume i caratteri della forma spastica. Avviandoci verso questo concetto ciò che si doveva escludere era precisamenente la *lues maedullae*. Ma a parte l'anamnesi completamente negativa in questo senso e l'assenza di qualunque elemento clinico in favore della *lues*, tutte le prove biologiche furono negative sì nel sangue che nel liquor.

Si poteva pensare che si fosse trattato di una mielomalacia da arterite luetica dei « vaso corona » in un malarico. Ma a parte quanto or ora dicemmo per escludere il concetto che i nostri infermi fossero luetici, e anche che non si volesse dare valore assoluto alla mancanza di reazioni biologiche positive, si cadrebbe in una esagerazione assurda ammettendo che due gravi mielomalacie da arterite luetica possano regredire sino quasi a guarigione senza l'ombra della cura specifica.

Il fatto invece che i due pazienti erano malarici in atto, con attacchi febbrili durante la comparsa della sindrome e la presenza dei parassiti nel sangue ci spinsero a pensare che le due paraplegie fossero in rapporto con l'infezione malarica in atto, e che si potesse ammettere una mielomalacia d'origine arteritica da malaria nella parte bassa del midollo dorsale e di alcuni segmenti lombari. Il fatto poi che la cura chininica intensa e protratta fece regredire la sindrome fino al punto che vedemmo ci parve avvalorare la nostra supposizione.

Si potrebbe infine obiettare che in malarici si

siano svolti processi di mielite d'altra etiologia che non la malarica. Risponderemmo che in una mielite esordita con una sindrome così grave ci sembrerebbe strana una guarigione con semplice *deficit* se non si fosse colpito con la cura specifica il germe in causa. In ogni modo se non è lecito fare affermazioni apodittiche ci sembrava prezzo dell'opera rendere noti i due casi che potrebbero assumere maggiore importanza quando dati anatomo-patologici ulteriori giungessero ad avvalorare l'indagine clinica presente.

Certo non confortati dalla letteratura e non avendo alcun reperto anatomo-patologico sul meccanismo patogenetico nulla possiamo affermare e solo formuliamo l'ipotesi verosimile, che debba succedere per la malaria nei vasi midollari quello che per la stessa etiologia succede in altri distretti dell'asse cerebro-spinale. Anzitutto debbono contribuire alterate condizioni di circolo. Ricordiamo infatti che la « circolazione soffre potentemente nella malaria » (Ascoli) e che la pressione del sangue nei singoli accessi subisce rilevanti variazioni sicchè nei malarici insieme con l'anemia esiste una persistente e notevole ipotensione. D'altra parte rammentiamo come i vaso-corona midollari siano da ritenersi arterie terminali nel senso di Conheim. In questi vasi circola una massa sanguigna che per la sua discrasia morfologica (globuli rossi, parassitiferi o no, alterati sempre di forma e di proprietà, leucociti in attività fagocitaria e in proporzioni modificate, parassiti e granuli pigmentari liberi in circolo) ha in sè proprietà capaci di grandi disturbi vasomotori. L'iperemia infatti caratterizza l'azione dell'accesso malarico in tutti i segmenti dell'asse cerebro-spinale. I vasi sanguigni-cerebrali, ad esempio, sono stipati di globuli rossi, in gran parte parassitiferi, sicchè si può talora in un solo capillare dimostrare tutto il ciclo di vita del parassita (Marchiafava). Per le alterazioni della pressione, per le condizioni speciali della massa sanguigna, per le condizioni anatomiche dei vasi facilmente si giunge al concetto della trombosi, e si può pensare che succeda nel midollo quello che avviene nel cervelli per disturbi circolari la cui importanza fu già riconosciuta da Planer (1854) e da Frerichs, e fu poi riconfermata e qualificata trombosi parassitaria da Laveran, quindi esattamente descritta da Marchiafava.

Non esiste, per spiegare il meccanismo patogenetico, solo il fenomeno dell'arresto circolatorio con alterazioni delle pareti vasali: gli elementi che si fermano per il circolo rallentato (emazie parassitifere, leucociti in fagocitosi, cellule endoteliali alterate, parassiti liberi, pigmento) hanno proprietà fisiche e biologiche abnormi e rendono difficile per sè il circolo e imprimono carattere di specificità alla lesione (Ascoli). Nei nostri malati poi non devono essere estranei alla genesi della paraplegia gli strapazzi fisici rappresentati dalla stazione eretta prolungata e dalle marcie. Questo dato ha valore suggestivo nel secondo caso, nel quale quando apparvero i sintomi prodromici del male (parestesie lungo gli arti inferiori, debolezza, *claudicatio*) il P. non fu ricoverato in ospedale ma continuò a fare il suo servizio di perlustrazione, e fu appunto dopo una lunga camminata che comparve il vero *ictus* midollare.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE UGOLANI DATI DI CREMONA
diretto dal prof. dott. TOMASO BUSACCHI, chir. direttore.

Sul valore della anestesia sacrale alta di Schlimpert-Kehrer e della rachianestesia generale per via lombare di V. Riche con la novocaina.

per il dott. GAETANO TROGU, aiuto incaricato.

Non mi sembrano privi d'importanza questi dati sull'anestesia sacrale e rachianestesia generale in considerazione che esse ancora non sono molto usate in Italia nonostante meritino di essere indicate in vari casi.

Colla denominazione di anestesia epidurale (sacrale) si intende l'iniezione della soluzione anestetica nello spazio epidurale attraverso l'hiatus sacrale. Essa fu trovata da Cathelin (1901) e sviluppata come metodo di anestesia da Läwen. Questa via si dimostrò buona non solo per l'iniezione di soluzioni anestetiche a scopo di anestesia della metà inferiore del corpo sia per interventi chirurgici, sia per alleggerire i dolori del parto (Stoekel), ma anche allo scopo di iniettare soluzioni fisiologiche, soluzioni chimiche e anestetiche per nevralgie (lombaggini), tabe, dolori nevralgici per carcinoma del retto, per l'enuresis nocturna, per gravi polluzioni, ecc.

Il canale sacrale osseo in taglio trasversale si presenta triangolare e va restringendosi verso il coccige. Quivi termina ugualmente triangolare, limitato mediante la continuazione terminale della cresta sacrale, cioè le corna sacrali ricoperte eternamente da tessuto legamentoso (legamento sacrococcigeo posteriore superficiale), pannicolo adiposo e cute. Questa apertura, chiamata hiatus sacrale, comunica direttamente per lo spazio sacrale epidurale nel cavo del canale vertebrale e quindi si presenta molto bene per l'iniezione di liquidi anestetici che attorno al

cono durale, vengono in contatto colle radici nervose, avvolte dalla loro guaina durale.

Premesse queste nozioni anatomiche vediamo la tecnica della iniezione. Ci serviamo di aghi da iniezione non più lunghi da 6-8 cm. e ciò perchè la punta dell'ago non leda il cono durale che finisce nella 2ª-3ª vertebra sacrale. All'ago innestiamo un rubinetto doppio adattabile alle siringhe Record di cmc. 20. Questo rubinetto ci serve di impugnatura, ci impedisce il reflusso del liquido anestetico tra la prima e seconda o terza iniezione, ci rende avvertiti se l'ago ha leso il plesso venoso intrarachideo sacrale. Si palpano le corna sacrali, che delimitano un buco triangolare chiuso e teso, apprezzabile come una fontanella con non molta difficoltà nei magri, quasi impossibile negli adiposi.

Il decubito del paziente può essere di tre specie secondo Cathelin: seduto, di fianco o ginocchioni con il corpo abbassato. In tutti i casi le anche debbono restare piegate. Läwen, il cui metodo risponde solo per l'anestesia molto bassa, trova comoda la posizione seduta perchè questa impedisce che la soluzione si spinga in alto. Anestetizzata, se si vuole, la pelle col cloretile o alla Reclus-Schleich, si spinge l'ago attraverso l'hiatus che oppone una certa resistenza, in direzione obliqua finchè si apprezzi il vuoto caratteristico del canale sacrale, allora lo si dirige lentamente, evitando le resistenze, lungo la linea mediana dell'asse del corpo per 6 cm. Si controlla toccando la cute che l'ago sia entrato nel cavale sacrale, oppure, scivolando sul legamento sacrococcigeo posteriore, sia passato sotto cute. Per sicurezza si può prima dell'iniezione anestetica iniettare del siero fisiologico, il quale non si avverte se l'ago è in sito giusto, o dà un rigonfiamento sottocutaneo nel caso contrario. Dall'ago non deve gocciolare sangue, perchè nel caso si correrebbe rischio di iniettare fatalmente la soluzione anestetica in circolo, perciò lo si ritira, lo si sposta finchè sia cessato questo gocciolio. L'iniezione deve essere fatta molto dolcemente, sicuri che il liquido anestetico penetri nello spazo epidurale e non in circolo. Per l'iniezione servono 20 ccm. al 2 % od 25 ccm. al 1 + $^1/_2$ % di soluzione di novocaina più 24 gocce di adrenalina al ‰. Läwen consigliò l'uso della soluzione di novocaina bicarbonata, che Braun non ritiene migliore alla comune soluzione di cloridrato di novocaina con l'aggiunta di solfato di potassio.

Questa forma di anestesia, chiamata sacrale, appunto perchè essa si estende solo alla regione rettale e al perineo, fu essenzialmente migliorata ed estesa recentemente dalla scuola di Krönig.

Le ricerche di Scheneider, di Schlimpert (Zentralbl. F. chir. 1911, n. 12) e di Kehrer (Mitt. f. Geb. u. Ggn. 1915, Bd. 42 112) dimostrarono che se si iniettano 50-60 ccm. 1 + $^1/_2$ % di soluzione di novocaina più adrenolina, e subito si dà al paziente il decubito col bacino moderatamente sollevato, l'anestesia arriva ai segmenti superiori lombari e segmenti inferiori dorsali (8° circa) tale da permettere laparatomie dall'ombelico alla sinfisi pubica, tutte le operazioni al bacino, agli arti inferiori, ernie, tutte le laparatomie ginecologiche e anche interventi sui reni.

Per la sua estensione viene chiamata anestesia sacrale alta. Essa dura dai 60-70 minuti. Il malato è bene sia preparato col veronal, morfina o scopolamina. Gli individui corpulenti e quelli con anomalie ossee sacrali rappresentano le uniche controindicazioni. La letteratura registra 82 % di buone anestesie, 18 % poco buone o non riuscite. Con molta probabilità la percentuale delle anestesie sacrali poco buone o non riuscite riconosce la causa nelle variazioni dei rapporti esistenti tra il cono durale e il canale sacrale. Infatti l'apice del cono durale si continua con il filum terminale, cui fornisce una guaina; il filum terminale che col nome di legamento coccigeo del midollo discende fino alla parte posteriore della prima vertebra coccigea. D'altronde il legamento sacro-durale è una continuazione dei prolungamenti fibrosi che dalla dura vanno al legamento vertebrale comune posteriore; prolungamenti fibrosi che nella regione sacrale si fanno più fitti e più numerosi, formando nel loro insieme il legamento sacro durale, specie di setto mediano, sempre incompleto e più o meno fenestrato. Ora i fasci affatto inferiori di questo setto si staccano direttamente dal filum terminale e vengono a fissarsi sulla seconda vertebra od anche più in basso sul primo pezzo del coccige (Tertut).

Le varietà morfologiche di questo legamento ora fenestrato o meno, i plessi venosi intrarachidei e il tessuto adiposo semifluido possono impedire la diffusione uniforme del liquido anestetico nello spazio epidurale e giustificare le anestesie sacrali poco buone o non riuscite.

Per avvalorare la nostra ipotesi abbiamo istituito una serie di ricerche da ripetere su un centinaio di cadaveri onde poter stabilire in che proporzione si diffondano le soluzioni coloranti iniettate nello spazio epidurale attraverso l'hiatus.

I fenomeni concomitanti e collaterali nell'anestesia sacrale sono minori di quelli dell'anestesia lombare o quasi nulli. Si sono raramente osservati dolori postumi alla schiena molto passeggeri.

L'inconveniente di questa anestesia è l'attesa di 20 minuti, necessaria dopo l'iniezione. Questa

attesa non è trascurabile, specie in Ospedali e cliniche ove si operano più malati al giorno e ove si ha il personale medico sufficiente e pratico per tener pronto tempestivamente l'ammalato all'operatore. Perciò se l'anestesia sacrale non deve essere adoperata sistematicamente, in molti casi è clinicamente indicata.

L'anestesia sacrale alta di Kehrer è oggi da molti, specie dai ginecologici, preferita alla anestesia lombare di Bier. Noi l'abbiamo più volte usata con ottimo risultato per interventi al perineo (sutura uretrale) operazioni radicali d'ernie inguinali e crurali, appendicectomie, cistotomia soprabubica, operazioni diverse agli arti inferiori, e ultimamente per l'amputazione alta del retto, colpito da cancro diffusamente, compresa la mucosa anale. Nonostante la gravità del caso l'operazione petè esser condotta felicemente e il paziente non ebbe a lamentare alcun disturbo dipendente dalla iniezione sacrale. Egli guarì per prima. Dati i buoni risultati anche in operazioni laboriose possiamo assicurare la semplicità e la bontà del metodo. In un paziente con rottura accidentale dell'uretra perineale, senza lesione cutanea, notammo qualche minuto dopo la iniezione sacrale, pallore, debolezza di polso passeggeri. Si noti però che il paziente non urinava da circa 30 ore, il che ha forse contribuito a rendere un po' tossica l'iniezione sacrale. In tutti i casi si ripetono le stesse prescrizioni per la puntura lombale con sintomi di intossicazione: inalazione di ossigeno, cardiocinetici, caffeina, canfora. Per le rarissime cefalee e dolori sacrali dai 25-50 centgr. di piramidone.

La rachianestesia generale alla novocaina per via lombare di V. Riche merita poi speciale considerazione e ci pare debba essere indicata quando si preveda un intervento laborioso e prolungato in pazienti deboli e sofferenti che male o affatto sopporterebbero una lunga narcosi con etere o cloroformio.

Citiamo un paziente operato dal prof. Busacchi, in appoggio della bontà del metodo. Il paziente dopo una brevissima convalescenza di grave infezione tifosa ci venne inviato per colelitiasi. Esso era deperito profondamente, sofferente dolori saltuari alla regione epatica con febbre serotina talora preceduta da leggeri brividi. Deciso l'intervento, nonostante le condizioni gravissime del paziente, gli praticammmo la rachianestesia generale alla Riche. Preparato il paziente qualche minuto prima con un centigrammo di morfina e due ccm. di canfora, gli iniettammo per via lombare, in decubito laterale, centigr. 9 e mezzo di novocaina pura in soluzione all'8 % nel rapporto di un centgr. di novocaina per ogni 5 kg. di peso. L'iniezione venne fatta lentamente nella durata di un quarto d'ora circa, dopo che fu fatto colare circa 10 ccm. di liquido cefalo-rachidiano. Ci servimmo di una siringa Record di 2 ccm. e della comune ago lombare di Bier. Nell'iniettare il liquido anestetico usammo la precauzione di mescolare progressivamente liquido cefalo-rachidiano aspirato nel corpo della siringa contenente la soluzione anestetica. Così a mano a mano che iniettavano $^2/_{10}$ del contenuto della siringa, si aspirava $^1/_{10}$ di liquido cefalo-rachidiano finchè trascorsi i quindici minuti si iniettò tutto il resto del liquido anestetico diluito contenuto nella siringa. Il paziente durante questo periodo non lamentò disturbi speciali. Dopo una mezz'ora ebbe rallentamento di polso che si vinse facilmente con iniezioni di canfora e caffeina. L'anestesia fu completa fin sul torace per più di un'ora e si potè ultimare il lungo e laborioso intervento perchè con gran difficoltà si potè isolare dalle fitte aderenze la cistifellea colpita di empiema e contenente numerosi calcoli, si potè fare la celecistectomia e drenaggio, si potè svuotare e drenare un grosso ascesso del margine epatico.

Siamo del parere che con nessun'altra forma di narcosi si sarebbe potuta ultimare l'operazione, stante la gravità del paziente che non avrebbe tollerato assolutamente un'altra forma di narcosi prolungata.

Per maggiori particolari vedi mio lavoro « La scelta dell'anestesia ».

RIVISTE SINTETICHE

Il mal di mare.

Il mal di mare costituisce un complesso sintomatico noto fin dall'antichità più remota, fin da quando l'uomo tentò per la prima volta i pericoli del mare. È costituito da un insieme di fenomeni così molesti che ogni sforzo è stato fatto per prevenirli e combatterli, ma purtroppo con poca fortuna. Naturalmente nella ignoranza della vera etiologia del mal di mare i rimedî non potevano essere che empirici ed atti a combattere i disturbi più evidenti o più molesti. Il numero dei rimedî suggeriti per prevenire o calmare il mal di mare è enorme, e la loro molteplicità dà appunto ragione della loro inefficacia e della loro irrazionalità.

Poichè la nausea ed il vomito sono i sintomi più evidenti e predominanti del mal di mare, si è per molto tempo ritenuto che la causa risiedesse in disturbi dell'attività gastrica. Ma la inesattezza di questa credenza è stata subito ri-

conosciuta non appena la quistione è stata studiata con criterî rigorosamente scientifici. L'attribuire a nausea ed il vomito del mal di mare allo stomaco è errato, come sarebbe errore volere attribuire allo stomaco la nausea ed il vomito della meningite o del tumore cerebrale.

Anche la teoria ottica ha avuto per molto tempo una certa voga: il mal di mare sarebbe determinato dalla estrema mobilità delle imagini sulla linea dell'orizzonte e dal barcollamento della coperta e dell'alberatura della nave. Il fatto che la somministrazione dell'atropina previene in qualchè modo e calma il mal di mare dette credito a questa teoria. Ma la circostanza che i disturbi si manifestano e persistono in tutta la loro intensità anche quando i pazienti si sottraggono alla vista di ogni cosa mobile toglie ogni valore alla teoria ottica.

In rapporto al fatto che gli individui affetti da mal di mare hano il volto arrossato o pallido si attribuì il disturbo ad una congestione e rispettivamente ad un'ischemia cerebrale. C'è stato chi ha affermato che il mal di mare sia dovuto ad effluvî speciali, ad una intossicazione miasmatica.

L'elenco delle teorie avanzate per spiegare il mal di mare è lungo, come lungo è l'elenco dei rimedi tentati

Le nuove conoscenze sulla fisiologia del labirinto e gli studi sulla eccitazione di quest'organo hanno gettato una viva luce sulla quistione della etiologia del mal di mare.

I sintomi del mal di mare come sono generalmente noti e come vengono descritti dalla maggioranza degli autori sono presso che costanti. Innanzi tutto si ha un senso di malessere ed una vertigine più o meno lunga ed accompagnata da andatura barcollante. Il primitivo arrossamento del volto è rapidamente sostituito da pallore e da sensazione di freddo, mentro tutta la pelle è coperta da sudorazione fredda. La nausea è uno dei primi disturbi, ma non è immediatamente seguita da vomito. Quando questo si verifica si ha una sensazione di sollievo ed in qualche caso tutto il male cessa. Quest'ultima evenienza però è eccezionale; di regola il senso di benessere ha breve durata e la nausea con gli altri molestissimi sintomi subito riappaiono. Il vomito è particolarmente angosciante: i conati continui e dolorosi si ripetono fino a quando lo stomaco non è completamente evacuato e non si emette che del muco misto a bile. Alcuni pazienti entrano perfino in collasso e rimangono in uno stato di shock per tutto il viaggio, mentre altri hanno ad intervalli periodi di benessere.

E' generalmente ammesso che questi sintomi sono prodotti dai movimenti della nave. Quando si tenta di spiegare in qual modo questi movimenti provocano il mal di mare non si può fare a meno di pensare ad un disturbo della porzione vestibolare dell'orecchio interno, tenuto presente che una sindrome perfettamente simile si ha in individui seduti su di una sedia girante. Nell'uno e nell'altro caso i disturbi sopra enumerati sono prodotti da un movimento non ordinario del corpo. La somiglianza degli effetti e la somiglianza della causa può dar ragione della natura del fatto quando sia nota la essenza di uno dei due fenomeni. Or si sa che il movimento rotatorio del corpo, nel caso della sedia girante produce un movimento della linfa entro i canali semicircolari che eccita le terminazioni nervose dei canali stessi.

Non può essere quindi dubbio che a questo fatto deve essere attribuito il mal di mare. Una riprova che questo complesso sintomatico sia provocato dal movimento della linfa nei canali semicircolari si ha nel fatto che tutte quelle azioni che provocano detto movimento determinano fenomeni simili. La doccia fredda o calda dell'orecchio provoca gli stessi sintomi. Il raffreddamento della porzione esterna della capsula dell'orecchio interno prodotto dalla doccia fredda provoca la discesa dell'endolinfa, mentre la doccia calda ne provoca il sollevamento. Continuando per un certo tempo la doccia calda o fredda che sia, non tarda a manifestarsi il mal di mare. A maggior riprova Ruttin fece sopra sè stesso un brillante esperimento. Si recò sopra una nave e si fece così venire il mal di mare. E quindi si applicò ad ambo le orecchie un doppio irrigatore in modo da praticarsi la doccia bilateralmente. Il mal di mare scomparve per ricomparire non appena si cessò la doccia. Evidentemente l'effetto potente della doccia aveva provocato l'afflusso continuo dell'endolinfa in una sola direzione per modo che l'orecchio interno non era più capace di avvertire i movimenti della nave.

Pochi individui vanno esenti dal mal di mare: le donne sono più suscettibili, i piccoli ragazzi lo sono meno degli adulti, i lattanti ne sono immuni. Le stesse variazioni in rapporto al sesso ed all'età si hanno negli individui sottoposti alla doccia auricolare o seduti sulla sedia girante. Non è dubbio quindi che la violenza delle reazioni al movimento dell'endolinfa, sia esso dovuto al barcollamento della nave o alla doccia, o al movimento votatorio, è direttamente proporzionale all'attività dell'orecchio interno. Il meccanismo vestibolare nei lattanti non è ancora completamente sviluppato ed è perciò che essi non soffrono il mal di mare.

Ulteriori analogie tra gli effetti del movimento

della nave e della eccitazione dell'orecchio interno sono state rilevate da Barany: *a*) la posizione del capo modifica in ambo i casi la intensità dei sintomi; *b*) gli individui a temperamento nervoso si dimostrano particolarmente suscettibili ad ambo le azioni; *c*) come si può acquistare una tolleranza ai movimenti della nave per modo che gradatamente si perde la suscettibilità al mal di mare, così ripetendo le eccitazioni artificiali dell'orechio interno si acquista verso di esse un'analoga assuefazione; *d*) un individuo che non è colto da nausea durante ripetuti esami dell'orecchio interno non soffre mal di mare. Iones ha osservato che se un movimento della nave in una data direzione provoca maggiori disturbi di quelli determinati da un movimento in altra direzione, nello stesso individuo i medesimi disturbi si potranno provocare solo quando si riesca a provocare una eccitazione vestibolare analoga a quella data dal movimento della nave capace di dare maggiori disturbi.

Che il mal di mare sia l'esponente di un disturbo dell'orecchio è provato anche dalle analogie sintomatologiche tra detto stato e la malattia di Meniere, nonchè dal fatto che i sordo-muti in qualsiasi circostanza non soffrono mai di mal di mare.

La sperimentazione su gli animali non hanno dato risultati meno concordanti. Kreidl riuscì a provocare in alcuni cani sottoposti a determinati movimenti il mal di mare. Egli dopo sezionò i nervi acustici degli stessi animali e sottoponendoli agli stessi movimenti osservò che il mal di mare non si riproduceva.

Il mal di mare adunque è un fenomeno auricolare, nel senso che dall'orecchio interno partono le eccitazioni determinanti i varî fenomeni costituenti il complesso morboso.

***

L'organo terminale dell'equilibrio consta di due picole cavità, il sacculo e l'utricolo e di tre piccoli canali, i canali semicircolari. Dalle pareti di queste cavità partono continuamente impulsi tonici alle varie parti del sistema nervoso centrale ed anche alla muscolatura di tutto il corpo. Il movimento della linfa in dette cavità in una data direzione eccita un gruppo di terminazioni determinando certi fenomeni; il movimento in senso inverso eccita altre terminazioni determinando fenomeni differenti. E ciò in rapporto al fatto che le varie parti della parete del labirinto sono legate mediante differenti fasci di fibre a varî centri nervosi. I movimenti ordinarî del corpo producono movimenti rispettivamente differenti dell'endolinfa nei canali semicircolari d'ambo i lati, ma non si ha mai confusione nell'avvertimento da parte del cervello in questi movimenti, perchè a causa della loro continua ripetizione il cervello stesso ha imparato ad interpretare il giusto significato di essi. Gli esperimenti fatti sulla sedia girante, sull'altalena, sugli ascensori dimostra che una stimolazione continua, uguale di uno o più canali semicircolari prodotta da un afflusso di endolinfa ininterrotta non produce di solito alcun fenomeno molesto. Si hanno dei disturbi solo quando sono turbati i rapoprti tra il movimento dell'endolinfa e le terminazioni nervose, quando cioè si hanno successioni più o meno regolari nella eccitazione. Ciò può controllarsi mediante la doccia dell'orecchio destro con acqua calda in un individuo con la testa piegata indietro, l'endolinfa si sposta in basso ed a destra; se la testa si porta rapidamente in avanti l'endolinfa si sposta a sinistra. Se si continua ancora a ripetere questo movimento della testa e quindi lo spostamento dell'endolinfa si determina il mal di mare. A bordo di una nave la complessità dei movimenti è tale da produrre rapidi, disordinati movimenti dell'endolinfa e quindi eccitazioni anormali che disorientano i centri nervosi.

Lo stato di confusione cerebrale e la mancanza di interpretazione di questi impulsi non ordinari, non dura a lungo ed in tempo più o meno lungo a seconda degli individui si ristabilisce l'equilibrio. Il cervello impara a poco a poco ad interpretare questi stimoli e con ciò si ha l'immunità verso il mal di mare. Tale immunità non è generica nel senso che si è esente da qualsiasi disturbo solo in condizioni analoghe a quelle abitudinarie e che hanno determinata l'assuefazione. Così si spiega perchè un individuo il quale a forza di abitudine non soffra più mal di mare su di un grande piroscafo in pieno oceano, soffra poi moltissimo su di una piccola imbarcazione su di un mare relativamente calmo.

Il meccanismo del vomito consiste essenzialmente di impulsi motori attraverso il vago ed il frenico. La nausea è invece un fenomeno sensitivo consistente nella interpretazione cerebrale di stimoli non abituali. Il ripetersi della nausea per un fenomeno di accumulazione di potenziale può produrre vomito per la scarica di impulsi motori dalla corteccia cerebrale, dai nuclei del vago e del frenico. Ciò avviene nel mar di mare: dapprima si ha una vaga sensazione di malessere, che poi si precisa nella nausea, la quale aumentando e ripetendosi produce il vomito. Ma non è escluso che il vomito possa essere determinato senza l'intermediario del cervello. Iones ha dimostrato la esistenza di relazioni dirette tra l'orecchio ed i centri del vago e del frenico; da ciò

la possibilità del vomito per eccitazione dell'orecchio interno senza alcun fenomeno di coscienza.

Ma non è dubbio che a parte il movimento dell'endolinfa nell'interno dei canali semicircolari, altri fattori concomitanti e predisponenti contribuiscono alla produzione del mal di mare. Le impressioni ricevute attraverso altri organi sensoriali possono avere una certa influenza. E' noto che certi odori aumentano la nausea. Analogamente agiscono le sensazioni visive: la vista del movimento delle onde, della linea dell'orizzonte e più ancora la vista di un altro individuo sofferente di mal di mare o delle materie vomitate da altri. Si tratta evidentemente di fattori accessori che agiscono in quanto aumentano la eccitabilità nervosa.

Barany ha studiato i varî movimenti della nave in rapporto ai movimenti consecutivi dell'endolinfa. Quando un individuo sta in piedi sulla coperta di una nave ogni movimento di questa in senso orizzontale non provoca disturbi: si ha solo un movimento dell'endolinfa nei canali semicircolari orizzontali. Ma purtroppo il movimento della nave solo raramente è così semplice. L'ondeggiamento della nave da un lato all'altro colpisce i canali semicircolari verticali nel piano frontale; si hanno allora disturbi sensibili, che scompaiono quando l'individuo si sdraia in direzione dell'asse lungo della nave e ciò perchè in questa posizione il movimento ondeggiante colpisce i canali semicircolari orizzontali. Se la nave fa il movimento di beccheggio ed il passeggiero sta in piedi con la faccia rivolta a prua o a poppa, sono influenzati i canali semicircolari verticali nel piano sagittale: se egli allora si sdraia in modo che l'asse del suo corpo forma una croce con l'asse lungo della nave, saranno influenzati i canali semicircolari orizzontali e così scomparirà ogni disturbo. Ma purtroppo i movimenti della nave sono molto complessi. La combinazione del movimento in due o più piani rende impossibile un adattamento del corpo che possa preservare dal mal di mare.

La cura del mal di mare forse è ed è stata sempre difficile perchè tale stato non costituisce una malattia nel vero senso della parola: è una reazione normale in un organismo normale.

E la conoscenza esatta del meccanismo di produzione del mal di mare non agevola la terapia. E' praticamente impossibile prevenire il movimento dell'endolinfa.

Ma se non si può riuscire a tanto, non si deve rinunziare ad altri mezzi capaci di dare effetti non trascurabili. Tali mezzi sono indicati dalla stessa etiologia del male. Per calmare il mal di mare basta abbassare la eccitabilità dell'organo terminale dell'equilibrio, delle fibre di congiunzione con i centri, dei centri stessi del vago e del frenico. In mancanza di un medicamento che abbia un'azione elettiva su queste parti, conviene adoperare quei rimedi che hanno un'azione calmante sul sistema nervoso generale e quindi anche sul meccanismo nervoso in quistione. I bromuri sono forse i più efficaci rimedii per la prevenzione del mal di mare. I sali di stronzio, ammonio, sodio e potassio, soli o in miscela, possono essere indifferentemente adoperati, per quanto il bromuro di stronzio sia preferibile perchè non irrita lo stomaco. E' meglio adoperare dosi non elevate, un grammo tre volte al giorno, cominciando una settimana prima di imbarcarsi e continuando per tutta la durata del viaggio.

Possono essere adoperati anche altri sedativi, come i derivati dell'oppio.

Il metodo veramente e sicuramente efficace per prevenire il mal di mare è l'assuefazione alla straordinaria eccitazione del labirinto. Gli uomini di mare adattano il loro sistema nervoso in modo da non aver alcun turbamento durante la navigazione. Ma per ottenere i fenomeni di eccitazione labirintica e quindi per ottenere l'assuefazione ad essi non è assolutamente necessario navigare. Ciò si può facilmente raggiungere mediante la sedia girante col vantaggio che la intensità delle eccitazioni può essere graduata sotto il controllo del medico. Benchè questa specie di trattamento abbia un interesse affatto accademico, pure è bene sapere che un individuo può essere abituato a dosi progressivamente crescenti di eccitazioni vestibolari e che con questo metodo si può ottenere l'immunità verso il mal di mare.

Il trattamento del mal di mare in atto è puramente sintomatico. Il paziente deve cercare una posizione che produca minori eccitamenti vestibolari e quindi minori disturbi, e spesso finisce per trovarla spontaneamente. Il vomito ed i conati stessi possono essere pericolosi per le eventualità di emorragie specie nei sofferenti di affezioni gastriche. Potrebbero riuscire utili le lavande gastriche, ma queste spesso sono praticamente impossibili.

Comunque si potrà ottenere il medesimo effetto con abbondanti bevande di soluzione di bicarbonato di soda. Quando i conati ed il vomito fossero molto violenti ed insistenti si ricorrerà alle iniezioni di morfina.

Quando si verifichi il collasso giova ricorrere alle iniezioni di stricnina o meglio di atropina, la quale agendo come depressore della innervazione sensitiva e del tratto gastro-intestinale contribuisce ad eliminare altre cause di malessere.

L'alcool produce un senso immediato di benessere, ma essendo un eccitante del sistema nervoso finisce per aggravare la situazione.

G. DRAGOTTI.

(13)

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Angina pectoris.

(HERMON C. GORDINIER. *Medical Record*, 4 ottobre 1919).

L'angina di petto può essere definita come un complesso sintomatico caratterizzato da dolori a tipo parossistico, ricorrenti spesso, a carattere agonizzante medio o grave, con prima localizzazione nella regione sternale, frequentemente associati a sensazione terribile di morte imminente; di natura organica o funzionale.

Il primo studio completo ne è dovuto a Heberden, ma già assai prima era stata descritta da Rougnon e da Morgagni; William Jenner dimostrò i rapporti dell'angina di petto con la coronarite, e Corrigan e Clifford Allbutt quelli con i vari tipi di aortite; a Lauder Brunton spetta il merito di aver indicata l'efficacia terapeutica del nitrito di amile.

Anatomia patologica. — Nel tipo inorganico o funzionale non si riscontrano alterazioni: probabilmente è in causa un istantaneo innalzamento di pressione intraortica dovuta a spasmo vasomotorio generale.

Ma il più spesso nei casi letali si trovano all'autopsia delle lesioni dell'aorta iniziale e delle valvole aortiche, costituite da mesoaortite luetica o da aortite da altre infezioni acute; si trova arteriosclerosi che assai spesso comprende l'origine delle coronarie; si trova infine una sclerosi delle coronarie stesse che appaiono tortuose, a parete ispessita, con lume ristretto fino a completa obliterazione. Non va dimenticato che fu trovata coronarite in casi che in vita non ebbero angina; e che viceversa all'autopsia di anginosi furono trovate coronarie indenni: tuttavia l'associazione fra angina pectoris e lesione delle coronarie è assai frequente.

Fra i reperti più rari vanno citati: piccoli aneurismi della porzione iniziale dell'aorta, comprimenti o no l'imbocco delle coronarie; una aortite infettiva (successiva a reumatismo, scarlattina, difterite, ecc.); una pericardite acuta.

Ma l'associazione più frequente è con l'aortite sifilitica, vera mesoaortite che ha come alterazione primaria una endoarterite dei *vasa vasorum*. Essa è spesso localizzata alla porzione soprasigmoidea e involve l'anello valvolare e l'imbocco delle coronarie; coesistono spesso alterazioni luetiche del miocardio, forse successive alla lesione coronaria.

Etiologia. — Malattia rara, si riscontra più frequentemente in clientela privata che nelle corsie d'ospedale. L'età dei pazienti è per lo più fra i 40 e 70 anni, più specialmente fra i 50 e 60: ma non sono mancati casi di bambini sotto i 10 anni.

L'eredità ha certamente importanza. Sembrano più disposti alla malattia i professionisti: è noto che J. Hunter, Charcot, Nothnagel per essa morirono. Sono attaccate meno frequentemente le donne.

Le malattie infettive acute, in particolare il reumatismo acuto, l'influenza, il tifo, il vaiolo, la difterite, le infezioni settiche predispongono all'angina a causa della non rara complicazione di aortite infettiva.

Ma di tutte le cause la sifilide mantiene il primato: essa senza dubbio è il fattore più comune, e fattore causale, sia ereditaria sia acquisita, di molti casi della gioventù, della maggior parte di quelli dell'età adulta, di non pochi della vecchiaia.

Infine veleni del metabolismo e chimici (gotta, diabete, piombo, tabacco, alcool) costituiscono ancora dei fattori etiologici.

Il rapido aumento di pressione determinato da uno strapazzo mentale, da uno sforzo fisico, qualunque esso sia, dalla esposizione subitanea al freddo, da un pasto copioso, ecc., costituisce la causa determinante di maggiore importanza. L'A. riferisce due casi, terminati in breve ora con la morte, in cui l'attacco fu provocato appunto da un pasto abbondante.

Sintomi. — In linea generale va notato che i sintomi obiettivi sono affatto dominati da quelli subiettivi: fra i quali il posto principale spetta al dolore.

Il dolore dell'angina di petto, assai vario d'intensità, può insorgere così istantaneamente ed essere così intenso da produrre d'un tratto la morte come uno shock gravissimo: l'A. riferisce tre simili casi.

Quasi sempre però gli attacchi sono preceduti da una insolita debolezza mentale o fisica, o assumono il tipo dei così detti attacchi di indigestione o seguono una eccitazione emotiva. Essi hanno carattere parossistico ma possono recidivare con grande frequenza, sì da costituire lo « status anginosus ».

Può precedere, e per lungo tempo, un certo malessere nella regione sternale, che è interpretato come cattiva digestione. Ma un dolore, sia esso medio o intenso, riferito al torace e provocato da un esercizio che debba vincere una certa resistenza è praticamente sempre una angina pectoris.

Si vada cauti nel parlare di attacchi di indigestione che insorgono dopo uno sforzo in sog-

getti affetti da arteriosclerosi con o senza ipertensione: non si è mai visto morire per un attacco di vera indigestione, mentre in molti casi descritti come tali si trovarono all'autopsia i comuni reperti dell'angina.

Il dolore è descritto in vario modo dal paziente: trafittivo, lacerante, costringente, lancinante, schiacciante (come se lo sterno venisse compresso contro la colonna vertebrale).

Esso è generalmente accompagnato da una sensazione terrificante di fine imminente: spesso sembra come se il cuore fosse vicino a sospendere il suo battito e può seguire infatti una sincope fatale o più raramente il passaggio a uno stato di incoscienza da anemia cerebrale.

Irradiazioni del dolore. — Il dolore può irradiarsi alla parte superiore del torace, frequentemente alle scapole, al mascellare inferiore, alla regione occipitale, alla spalla sinistra o alla destra, al braccio, all'avambraccio, alle dita (per lo più nel territorio dell'ulnare e del brachiale cutaneo interno) corrispondenti; eccezionalmente al testicolo o all'arto inferiore. Dopo l'attacco l'arto è debole, freddo, come morto: sono stati descritti casi in cui insorse atrofia.

In casi rari l'inizio del dolore fu al braccio e quindi si irradiò alla regione precordiale. Non infrequentemente invece l'inizio è alla parte superiore dell'addome donde passa poi al torace: o anche resta localizzato in quella regione: « angina abdominalis ».

Nella regione in cui si ha il dolore si ha quasi sempre iperestesia: la quale — studiata per primo da J. Ross e poi meglio illustrata da Mackenzie, Head e Gibron — segue il più spesso la distribuzione dei segmenti cervicali bassi e dei primi sei dorsali. Irritando, col pizzicare o col comprimere, la cute di questa zona iperestesica, si può provocare un nuovo attacco.

Va notato che appunto in questi casi con dolore a sede anomala si hanno gli sfortunati errori di diagnosi con indigestione, ulcera gastrica, colelitiasi, appendicite, pancreatite e simili: non raramente i pazienti furono sottoposti a intervento chirurgico per nulla necessario.

Respiro. — A meno che non esistano complicazioni bronco-polmonari o cardiache, è pochissimo disturbato. Una netta « sete d'aria » è rara.

Atteggiamento. — È durante l'attacco, di solito, mantenuta una posizione fissa: seduto o in piedi, il paziente si mantiene rigido, con la mano sul petto, nel timore che il più piccolo movimento possa accrescere il dolore. Occasionalmente è disteso sul pavimento.

Polso. — In molti casi regolare per ritmo e frequenza, può talora presentarsi accelerato o più lento, con extra-sistoli, a tipo alternante (specialmente nei sofferenti di cardiosclerosi con miocardite). Se gli attacchi sono complicati da occlusione di rami grossi delle coronarie il polso diviene rapido, irregolare con rapida caduta della pressione sistolica, pressione diastolica sostenuta e rapido sviluppo dei sintomi di insufficienza miocardica.

Pressione sanguigna e disturbi del ritmo. — La sistolica all'inizio dell'attacco quasi sempre si innalza al disopra del grado che raggiunge negli intervalli di calma. Essa del resto non è in ogni caso alta ma può rimanere normale o anche discendere sotto la norma specialmente quando si sviluppa uno « status anginosus ».

L'A. riferisce qui un caso in cui dopo un attacco si ebbe l'istantaneo stabilirsi di una grave insufficienza miocardica e di fibrillazione auricolare, una istantanea e permanente caduta della pressione sistolica, mentre la diastolica si mantenne sostenuta, lo sviluppo di insufficienza mitralica relativa e la comparsa istantanea di uno sfregamento pericardico, senza dubbio dovuto a un infarto del cuore localizzato appena sotto l'epicardio.

James B. Herrick, che ha pubblicato parecchi casi di trombosi della coronaria, ha dimostrato che negli elettrocardiogrammi di tre casi l'onda T era costantemente invertita. Altri ottenne nei cani una simile inversione di T legando i rami principali delle coronarie.

Clifford Allbrutt ha descritto un caso simile a quello citato e in cui l'autopsia dimostrò un trombo di recente formazione nella coronaria destra. E l'A. ne ha visti altri due in cui si ebbe « status anginosus » e morte e nei quali constatò poche ore dopo l'inizio dell'attacco la comparsa dello sfregamento pericardico: e crede che si debbano attribuire a trombi delle coronarie con conseguente infarto del miocardio.

Varie forme di angina. — Si può solo distinguere una *angina maior* e una *minor* in base alla intensità dell'attacco. Il termine « pseudo angina » dovrebbe essere radiato: si ha a che fare o con angina vera o con dolori a carattere parossistico che per difetto di migliore differenziazione sono stati qualificati come « pseudo angina pectoris » cioè l'angina riflessa, l'angina neurastenica, l'angina isterica, l'angina vasomotoria di Nothnagel. Quest'ultima ha, in realtà, qualche carattere proprio come, all'inizio, la freddezza e il colorito livido dell'estremità e il pallore generale, ma è seguita dai comuni sintomi dell'angina: quindi non v'è ragione di separarla dall'angina vera. Sarebbe dovuta a uno spasmo vasomotorio generale e quindi delle coronarie e mancherebbero alterazioni strutturali nel cuore o nei vasi.

Teorie sull'origine del dolore. — Fra le molte, l'A. cita:

1° ischemia del miocardio da spasmo vasomotorio (cfr. claudicazione intermittente);

2° dilatazione acuta del cuore (cfr. la colica intestinale da distensione locale dell'intestino): ma quante volte non si osserva questa dilatazione acuta con aritmia fibrillare auricolare, sintomi polmonari ecc., senza il più lieve accenno di dolore anginoide?;

3° nevrite dei nervi o dei gangli nervosi cardiaci;

4° nevralgia dei medesimi;

5° neurite del frenico;

6° disturbo della contrattilità delle fibre miocardiche: il dolore sarebbe dovuto a un riflesso viscero-sensoriale (Mackenzie);

7° spasmo del cuore (è mentito dall'osservazione clinica; del resto esso sarebbe incompatibile con la vita);

8° la spiegazione più razionale sembra quella proposta da Clifford Allbutt. All'inizio dell'attacco un rapido innalzamento della pressione intraortica e conseguentemente una rapida distensione del vaso produrrebbe una irritazione degli apparecchi sensitivi terminali situati nella porzione soprasigmoidea dell'aorta, e quindi ecciterebbe il dolore sia locale sia irradiato. È noto che in quella zona le terminazioni nervose sono straordinariamente abbondanti (Dogiel e allievi). L'A. richiama l'attenzione sulla somiglianza del dolore dell'angina con quello della ostruzione istantanea di un grosso tronco arterioso: qui il dolore è probabilmente dovuto alla rapida distensione e conseguente irritazione delle terminazioni nervose sensitive della parte arteriosa site in vicinanza del coagulo embolico o trombotico.

Prognosi. — La mortalità è assai alta; istantanea o dopo parecchi giorni di sofferenza. Essa è del resto già presentita dal paziente sia nella sensazione di morte imminente dell'attacco, sia nel perenne timore che esso si rinnovi, negli intervalli. Ma va ricordato che non tutti i pazienti soccombono: l'A. può ricordare parecchie guarigioni.

L'angina è rara negli affetti da insufficienza mitralica (forse perchè questa impedisce una alta pressione aortica): anzi quando si sviluppa questo vizio gli attacchi possono cessare.

Così i casi dovuti a intossicazioni (tabacco, alcool, gotta, diabete) guariscono con la soppressione della causa. Infine la prognosi è specialmente favorevole nei casi a base luetica in cui un trattamento specifico intenso e continuato spesso porta la guarigione.

Trattamento. — Ogni caso deve essere studiato da tutti i punti di vista: stato del miocardio, riserva del cuore, stato dei vasi e della pressione sanguigna, funzionamento renale, funzionamento gastro-intestinale; tipo e quantità del lavoro eseguito dal paziente, sue abitudini ed abusi; presenza di malattie costituzionali. Si studierà la frequenza degli attacchi, la loro intensità, se ne indagherà la causa determinante. Si indagherà intorno all'eventuale esistenza di lues (R. W.).

Al paziente si daranno le opportune prescrizioni in fatto di dieta, di tenor di vita; gli si proibiranno le eccessive fatiche fisiche e mentali; se possibile, lo si invierà in climi temperati nelle stagioni fredde.

Riguardo al parossismo i nitriti possono considerarsi quasi specifici. Se non se ne ottenesse giovamento si ricorrerà subito alla morfina e all'atropina.

È meraviglioso talvolta negli anginosi con gotta l'effetto che si ottiene dal colchico.

L'A. non ha mai avuto effetti notevoli dalla teobromina o dalla caffeina date con l'idea di migliorare la circolazione coronaria attraverso una vasodilatazione.

Talvolta l'unico sollievo si può avere con inalazioni di cloroformio. E nei casi associati o seguiti da insufficienza miocardica, specialmente con fibrillazione auricolare o polso alternante, si dovrebbe somministrare digitale, da continuare poi per lunghi periodi a dosi piccole toniche.

Dopo l'attacco: riposo assoluto per parecchi giorni; precauzioni dietetiche e cauto riavviamento al lavoro.

Gli ioduri, somministrati per lunghi periodi di tempo, hanno un valore indiscutibile: diminuiscono l'intensità del dolore, prolungano gli intervalli fra gli attacchi, talvolta provocano la cessazione di questi.

L'A. non ha esperienza sul salasso: che da alcuni è raccomandato nei casi di angina associati a ipertensione. SEBASTIANI.

CHIRURGIA.

Affezioni chirurgiche post-influenzali.

(MITTERSTILLER. *Wien. Klin. Wochens.*, 1919).

L'autore, della Clinica chirurgica d'Innsbruck, tratta nel suo articolo di complicazioni verificatesi in individui che furono accolti in ospedale con diagnosi di influenza.

Fanno contrasto con questi casi alcuni altri, nei quali gl'infermi erano ricoverati nell'ospedale per una affezione chirurgica e furono colti da influenza nei giorni che seguirono l'operazione. L'A. accenna ai tre casi pubblicati dal pro-

fessore Haberer: si tratta di operati di gozzo i quali, colti da « grippe » dopo l'operazione, morirono tutti con una grave sindrome influenzale.

Dopo la disinfezione radicale delle stanze degli ammalati, simili casi tristi non si ripeterono.

Venendo ora ai cinque casi dall'A. descritti ne riassumerò brevemente la storia clinica:

Il primo riguarda una donna di 49 anni, la quale nell'ottobre-dicembre del 1918 ebbe una grave forma influenzale con sintomi importanti a carico del sistema nervoso centrale e periferico e con partecipazione degli organi respiratorî. Ancora durante la malattia comparve una tumefazione dolorosa di ambedue le mammelle, prima della destra e poi della sinistra. Nel marzo l'A. constatò la presenza d'una tumefazione fluttuante presso al capezzolo della mammella destra. All'incisione fuoriuscì una grande quantità di pus denso e l'A. potè constatare che la ghiandola mammaria partecipava al processo. Sebbene l'intervallo di tempo decorso fra il « grippe » e la mastite sia grande, l'A. mette in rapporto i due processi, pensando che l'infiltrazione della mammella, manifestatasi durante il primo periodo della malattia, non scomparve mai del tutto e lasciò un focolaio suppurativo che man mano si fece strada verso la superfice.

Il secondo caso riguarda una donna di 42 anni, la quale fu ricoverata in ospedale nel maggio di quest'anno con un'affezione che interessava la parte prossimale del radio e l'articolazione del gomito. Anamnesi negativa per la « grippe », la tubercolosi, il tifo: Wassermann negativa. L'esame radiografico dimostrò una osteoporosi dei due terzi prossimali del radio, con distruzione dell'epifisi superiore. Durante la degenza si formò sul lato radiale dell'avambraccio, vicino al gomito, una tumefazione fluttuante. Avendo colla puntura esplorativa estratto pus, l'A. insistè nell'anamnesi e l'inferma allora rammentò, che alla fine di marzo aveva sofferto di una forma influenzale con tosse e dolori agli arti per due settimane. Anche il marito dell'inferma aveva sofferto di « grippe ». Il rapporto coll'influenza è anche per questo caso, a parere dell'A., clinicamente dimostrato.

Il terzo caso riguarda un'osteite del radio a livello dell'epifisi distale. Si tratta di un'operaia di 32 anni, la quale nel novembre 1918 aveva sofferto di « grippe » per 4 settimane. Al principio della convalescenza comparve una tumefazione dolorosa a carico dell'estremo distale del radio, la cui connessione coll'influenza per l'A. è indubbia. L'inferma volle esser dimessa dall'ospedale e vi fece ritorno dopo circa un anno. L'esame radiografico diede allora il seguente reperto:

« Grave osteoporosi della diafisi e della epifisi distale del radio. Al livello del terzo inferiore del radio notasi un ispessimento periostale. In corrispondenza della faccia dorsale dell'osso, presenza d'una cavità della grandezza di un cece, aperta verso i tessuti paraostali ».

L'inferma fu operata e l'esame batteriologico dimostrò trattarsi d'una complicazione del « grippe », come vedremo.

Il quarto caso riguarda una contadina di 57 anni, la quale circa un mese e mezzo dopo l'influenza notò la comparsa di una tumefazione dolorosa a livello della linea mediana del collo, poco al disopra del giugulo. Operata dopo un mese, fu dato esito a grande quantità di pus. Tre mesi dopo l'operazione persisteva ancora un tragitto fistoloso mantenuto dalla presenza dietro lo sterno di una cisti, a contenuto calcareo, rilevata anche dalla radiografia. La estirpazione della cisti condusse a guarigione: all'atto operativo si constatò che tale cisti, formata da pareti rigide, conteneva nell'interno abbondante quantità di concrezioni calcaree.

Il quinto caso riguarda una contadina di 42 anni, la quale soffrì nel luglio 1918 di « grippe ». Alla fine della malattia si formò un processo infiammatorio a carico del gozzo preesistente da anni. Dopo qualche mese di cure mediche si aprì all'esterno una raccolta purulenta, lasciando un tragitto fistoloso che richiese l'intervento chirurgico. All'atto operativo l'A. riscontrò un gozzo colloide, nel cui interno trovavasi una cavità ripiena di grosse granulazioni.

L'A. riferisce poi il reperto batteriologico che è il seguente:

1) Nel caso della mastite egli riscontrò lo stafilococco piogeno aureo;

2) Nel secondo caso trovò colla puntura esplorativa un pus, nel quale mise in evidenza numerosi bacilli piccolissimi, simili a quelli dell'influenza ed all'atto operativo un pus, nel quale rinvenne dei bastoncini, che diedero reazione negativa per il Gram, e degli altri che resultarono positivi al Gram;

3) Nel caso di osteomielite dell'epifisi distale del radio l'A. rinvenne i bacilli dell'influenza;

4) Nel caso di cisti del collo a contenuto calcareo l'A. trovò dei bastoncini Gram-positivi e degli altri Gram-negativi, insieme a streptococchi;

5) Nell'ultimo caso trovò dei bacilli simili a quelli dell'influenza che riuscì a coltivare sul siero di sangue.

L'A. conclude che, dato il numero esiguo di casi, non può trarre conclusioni speciali sulla flora batteriologica delle complicazioni di « grippe ». Ma a lui sembra notevole il fatto di aver riscontrato bacilli dell'influenza insieme a germi comuni in quantità più o meno grande, talvolta predominante.

BLUEH.

CONGRESSI.

XVI Congresso Italiano di Dermatologia e Sifilografia

tenutosi in Roma nei giorni 18-19-20 dic. 1919.

Nei giorni 18, 19 e 20 del dicembre 1919 si ebbe in Roma, presso quella R. Clinica Dermosifilopatica, la sedicesima riunione (annuale) della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, che ha così ripreso la sua attività, interrotta dalla guerr.a

Intervennero numerosi i soci, i Professori ordinari della specialità di alcune Università del Regno, molti liberi docenti e professionisti. Presiedette le sedute il prof. Mantegazza dell'Università di Pavia, il quale, nel suo discorso di apertura, riassunse l'opera svolta dalla Società Dermosifiliografica Italiana durante la guerra per combattere la diffusione delle malatie veneree nell'esercito e nella popolazione civile, mise in evidenza l'importanza immensa che dovrà assumere nel dopoguerra la rapida ed ordinata attuazione pratica dei mezzi più opportuni per impedire o rendere meno dannoso il dilagare della sifilide e della blenorragia in ogni classe sociale, ma sopratutto nel popolo; aprì poi la discussione sulle varie questioni inerenti alla profilassi celtica, prendendo man mano come punto di partenza gli articoli componenti le conclusioni della Relazione che, a proposito della profilassi delle malattie veneree, il Consiglio della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia (Presidente Mantegazza) ed il Consiglio della Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani (Presidente Pasini) avevano indirizzato recentemente alla Direzione Generale di Sanità. Si svolse, intorno ai diversi argomenti di questo tema, una vivace discussione alla quale presero parte i cultori più competenti ed appassionati delle questioni di profilassi celtica in Italia: la discussione condusse ad un accordo completo, nelle sue linee generali, sui seguenti articoli conclusionali, che costituiscono una serie di desiderata sui quali è necessario sia richiamata con insistenza l'attenzione delle Autorità, dei medici e del pubblico.

CONTRO LA PROSTITUZIONE LIBERA.

1. Intervento coattivo limitato alle persone notoriamente dedite alla prostituzione libera.

2. Trasformazione radicale dei luoghi di cura dei venerei.

3. Servizio ospitaliero disimpegnato dagli specialisti attuali (personale di cliniche, reparti ospitalieri, liberi docenti) e da altri da crearsi con istruzione speciale da impartirsi nelle Università.

4. Servizio di vigilanza disimpegnato da personale medico opportunamente coadiuvato dalle Autorità.

CONTRO LA PROSTITUZIONE DI POSTRIBOLO.

Medici visitatori scelti esclusivamente tra specialisti nominati e retribuiti dallo Stato e controllati da Ispettori medici competenti, al'infuori dei medici provinciali. Per ogni postribolo sia destinato un locale alla visita ed alla disinfezione profilattica.

PER I DISPENSARI CELTICI.

1. Istituzione di nuovi dispensari; miglioramento degli attuali per quel che riguarda i locali, i mezzi di diagnosi e di cura ed il personale, scelto fra gli specialisti e distribuito nelle sedi dove più urge la sua opera.

2. Il Direttore del dispensario abbia l'incarico di dirigere le sale celtiche e d'ispezionare i postriboli. Nelle grandi città con più dispensarii, la sala celtica sarà annessa alla clinica od al reparto ospitaliero della specialità.

PER LE SALE CELTICHE.

1. Organizzazione razionale del servizio con trattamento umano, alimentazione sufficiente, cure adatte.

2. Nella organizzazione delle sale celtiche si tenga presente il concetto di accentrare quanto più è possibile i venerei in Ospedali consorziali o provinciali specializzati.

3. Ammissione più estesa degli uomini e specialmente delle donne a spese dello Stato o dei Comuni. Questi siano obbligati a provvedere alla cura dei venerei come degli altri malati.

4. Un apposito progetto di legge renda nulle ad ogni effetto le disposizioni degli Statuti e Tavole di fondazione di alcuni Ospedali per le quali è vietato di ricevere e di curare ammalati venerei negli Ospedali medesimi.

PERSONALE DIRETTIVO E D'ISPEZIONE.

Istituzione d'Ispettorato generale ed Ispettori regionali e medici visitatori scelti tra specialisti.

LOTTA CONTRO IL CIARLATANISMO.

1. Controllo dei medicamenti della specialità.
2. Proibizione di réclamés sui giornali dei medicamenti inefficaci, e perciò dannosi, contro le malattie veneree.
3. Proibizione di réclames ingannatrici di medici pseudospecialisti.
4. Provvedimenti rigorosi contro farmacisti che esercitano abusivamente la medicina.
5. Propaganda atta a migliorare l'educazione del pubblico per quel che riguarda medici e farmacisti.

PER LA PROPAGANDA.

1. Organizzazione di propaganda orale fatta da medici specialisti.
2. Mezzi di dimostrazione con poiezioni cinematografiche.
3. Propaganda scritta diffusa e bene organizzata in centri operai, stabilimenti, scuole, collegi, ecc.

VISITA PRECONIUGALE OBBLIGATORIA.

La Società Italiana di dermatologia e sifilografia, convinta che la visita preconiugale è uno dei mezzi efficaci per la profilassi delle malattie veneree, constatati i pareri opposti e discordanti intorno alle modalità di attuazione, dà mandato ad una Commissione di studiare la questione e di riferirne entro tre mesi alla Presidenza della Società.

RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE.

Proposte ancora immature.

Alla discussione sulla profilassi celtica seguì lo svolgimento di numerose comunicazioni di svariati argomenti di dermatologia e sifilografia. Nel campo della venereologia si trattò, come tema generale, della vaccinoterapia e sieroterapia antigonococcica (relatore Cappelli di Firenze); argomento di grande interesse pratico e che lascia tuttora adito a notevoli divergenze di opinioni fra gli specialisti; in via definitiva si può ritenere acquisita la convinzione che sieroterapia e vaccinoterapia antigonococcica non sono di alcuna utilità nel trattamento delle localizzazioni primitive del gonococco, mentre esercitano una influenza indiscutibile sulle complicazioni del processo gonococcico e che tale azione terapeutica è solo in parte di natura specifica, ma per una parte è dovuta a reazioni umorali a proteine non specifiche. Sempre per quel che riguarda la blenorragia, oltre ad alcune osservazioni di carattere clinico, si svolse una vivace discussione sull'efficacia terapeutica di un nuovo preparato argentico di fabbricazione italiana, l'Argirina (o Agon); la conclusione alla quale si può venire oggi su tale argomento è che esso non ha un valore superiore a quello degli altri preparati consimili già da tempo in uso nella pratica, ed ha lo svantaggio di essere troppo costoso.

Varie questioni inerenti alla sifilide vennero più o meno largamente trattate: dal punto di vista clinico si ebbero le presentazioni di interessanti moulages di forme specifiche rare e per qualche ragione notevoli (Mantegazza) ed osservazioni su casi di sifilomi extragenitali (Mantegazza, Truffi) e di lesioni specifiche del nervo acustico (Cappelli, Torrigiani); dal punto di vista diagnostico si ebbero comunicazioni sul valore dell'esame del liquido cefalo-rachidiano (Mariani), sopra l'importanza pratica di modificazioni della reazione del Wassermann (Cappelli); dal punto di vista terapeutico è importante notare l'accordo al quale vennero varie comunicazioni (Pasini, Maiocchi) nel riconoscere un ottimo valore curativo ai preparati italiani destinati a surrogare il Salvarsan ed il Neosalvarsan, cioè lo Iacol ed il Neojacol dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Nel campo della dermatologia si trattò, come tema generale, una questione complessa ed oscura, quella delle manifestazioni cutanee nella leucemia e processi affini (relatori Mariani, Martinotti): la discussione su tale argomento non poteva condurre necessariamente ad alcuna conclusione definitiva, ma solo mise in evidenza lo interesse di ulteriori particolari studi su alcuni lati della questione, specialmente sulla patogenesi della micosi fungoide e sui suoi rapporti colla leucemia e colle neoplasie sarcomatose; su questi ultimi argomenti anzi si svolse una nuova discussione a proposito di una interessante osservazione di micosi fungoide d'emblée (Cappelli). Seguirono numerose altre comunicazioni sui più disparati argomenti: così nell'ambito della osservazione clinica e dell'indagine patogenetica di varie dermatosi, quali la psoriasi, la purpura anularis teleangectodes (loro rapporto colle secrezioni interne, Verrotti); come nell'ambito della anatomia patologica di alcune neoplasie, sia connettivali (emolinfangioma cistico Mantegazza) che epiteliali (nevo-epitelioma cistico Pasini); acanthosis nigricans (Maiocchi); come infine nell'àmbito delle affezioni cutanee parassitarie ad eziologia nota od oscura quali il rinoscleroma (Pasini) il Boubas brasiliano (Breda, Verrotti) le tuberculidi (Mariani) la sporotricosi (Mibelli), le tigne (Pasini) l'afta epizootica umana (Mariani) il mollusco contagioso (Fontana) la botriomicosi

(Mariani). Sono da segnalarsi in questo gruppo di comunicazioni quelle del Redaeli e del Truffi sulla diffusione attuale della lebbra in Sardegna ed in Liguria e sull'opera di profilassi già tentata e da completarsi con opportuni provvedimenti di carattere generale, sui quali l'assemblea espresse il proprio voto favorevole, votando un ordine del giorno che suona incitamento alle Autorità competenti perchè si occupino in maniera adeguata di questi importanti problemi di difesa sociale da una malattia molto più diffusa in Italia di quello che non si creda comunemente.

Il Congresso, alla fine della seduta tributò un meritato omaggio al Consiglio direttivo della Società di dermatologia e sifilografia ed al suo presidente prof. Mantegazza che nel periodo difficile degli anni della guerra tanto seppero fare perchè la Società Italiana di dermatologia e sifilografia si dimostrasse attivamente ed efficacemente interessata ai problemi così importanti della profilassi pubblica contro le malattie veneree, stimolando l'azione delle superiori Autorità militari e civili.

Il Congresso si chiuse approvando una proposta della presidenza riferentesi al Regolamento per un premio biennale intitolato all'illustre dermosifilografo prof. Tommaso De-Amicis, da assegnarsi al miglior lavoro italiano di dermatologia. Si votò infine per acclamazione l'adesione della Società Italiana di dermatologia e sifilografia, con programma da stabilirsi, alle onoranze che si tributeranno a Bologna nella primavera prossima all'illustre prof. Maiocchi nel venticinquesimo anniversario del suo insegnamento. Nelle elezioni alle cariche dell'Ufficio di presidenza, riuscì eletto presidente il chiarissimo prof. Ducrey dell'Università di Roma, e vice-presidenti i proff. Redaeli e Pini, a segretario il prof. Montesano (Roma). R.

ACCADEMIE E SOCIETA' MEDICHE

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Peloritana di Messina.

Adunanza del dì 20 gennaio 1920.

Mutamenti che si verificano nella reazione del mezzo durante l'agglutinazione batterica.

C. CIACCIO. — L'A. espone i risultati relativi ad un fenomeno notato nella agglutinazione batterica e consistente nella produzione di uno stato acido evidente, rilevato con processi di microtitolazione, opportunamente adattati per eliminare eventuali cause di errore; l'acidità prodotta è funzione della temperatura, della concentrazione del siero e del tempo.

Inoltre in alcuni casi osservati di agglutinazione paradossa i rispettivi sieri presentavano reazione alcalina e d'altra in questi casi non si notava la produzione di acidi nelle provette nelle quali mancava l'agglutinazione.

L'A. interpreta provvisoriamente i fenomeni osservati come processi di assorbimento con rispettiva fissazione di alcuni joni da parte del complesso siero + batterii in seguito alla diminuzione di dispersità che si verifica durante la agglutinazione.

Sull'avvelenamento per Carlina gummifera.

E. L. Tocco. — L'O. riferisce sopra alcuni casi di avvelenamento per carlina gummifera, due dei quali seguiti da morte, da lui osservati.

La Carlina gummifera si potrebbe confondere colle due varietà di Carlina (Carlina acaulis e C. sub acaulis) che forniscono la droga Carlina e colla Brotera Coripulosa, e l'O. ne dà i caratteri differenziali.

La Carlina g. è comune in Sicilia e Sardegna, nei pascoli montani e in pianura. Si presenta come un'erba perenne che d'estate emette un grosso fiore radente il suolo.

Il principio tonico della Carlina sarebbe, secondo Seropo, l'atrastilato di K.

La Carlina g. è tossica per l'uomo, cane, coniglio, cavia, capra e pecora.

Nell'uomo gli avvelenamenti sono quasi sempre collettivi e tra bambini, accadono in inverno o primavera perchè la radice, essendo profondamente infissa, richiede per essere sradicata l'opera di parecchi bambini e che la terra sia umida.

L'avvelenamento decorre con cefalea, nausea, vertigine, dolori ventrali, fenomeni convulsivi seguiti da paralisi.

La diagnosi si basa su due sintomi costanti: colorito giallo del corpo e mucose visibili, odore di carlina g., che emanano gli ammalati e sul fatto anamnestico che il bambino ammalò all'improvviso con altri al ritorno dalla campagna.

La diagnosi di certezza si ha concentrando a b. m. un po' di vomito aggiungendo $H^2 SO^4$ concentrato si sviluppa odore di acido valerianico e si colora in violetto.

La terapia che l'O. consiglia è quella di tutti gli avvelenamenti: svuotare stomaco ed intestino, anestetici nel periodo convulsivo, poi cura sintomatica.

Fasce pterigoidee e fasce faringee.

L. D. GAETANI. — Dopo avere accennato al modo differente con cui vengono descritte le fasce della faringe, l'O. ricorda che la discordanza nelle descrizioni deriva dal fatto che nel territorio

faringeo sono state comprese formazioni connettive appartenenti al gruppo muscolare pterigoideo interno. Riferisce brevemente la descrizione delle fasce faringee data dal Koskanceki e quella delle pterigodee data dal Juvara. Ne fa la critica e afferma la necessità di stabilire la fascia di ciascuno dei mm. pterigoidei. Occupandosi di quella del m. pterigoideo interno, dice che come tale considera non il muscolo *sensu stricto*, ma un insieme di formazioni muscolari e fibrose quale i mm. pterigoideo interno, tensore del velo palatino, la lamina connettiva, che separa i legamenti sfenomandibolari, timpano mandibolare, ecc. Da una descrizione originale della fascia del gruppo muscolare pterigoideo interno, rivela come nell'interno di questa si trovi la fascia faringea esterna del Kostanecki e osserva ancora che ciò, che veniva considerato come fascia faringea media e tubo uditivo membranaceo, in parte è avventizia, in parte fascia pterigoidea interna. Sostiene quindi che le cennate formazioni fibrose, alcune delle quali hanno il significato di fasci muscolari involuti del gruppo pterigoideo interno, vanno escluse dal territorio della faringe, alla quale bisogna riconoscere soltanto due fasce: la faringea e l'avventizia. Dà la descrizione della prima osservando come la linea di origine di essa dalla porzione basilare dell'osso occipitale data dalla Hermann sia errata perchè in parte soprapposta ai mm. grandi retti anteriori del capo, mentre essa invece solamente ne segue i margini mediali con due linee curve, ognuna delle quali, originando dal tubercolo faringeo e con la concavità rivolta lateralmente, si porta verso la sincondrosi sfenoccipitale. Completa la descrizione delle rimanenti origini della fascia faringea e passa a quella dell'avventizia.

Dopo aver separato dai mm. costrittori e dal levator veli, ricorda che essa, seguendo i contorni della faringea, passa da una parte nell'avventizia dello esofago e dall'altra in altre fasce o in tessuti istologicamente affini. Rammenta che dalla fascia stilomandibolofaringea il tratto stilomandibolare è in relazione con la fascia del gruppo muscolare pterigoideo interno e che lo stilofaringeo è dipendenza dell'avventizio e conclude che bisogna separare nettamente il territorio dell'apparato masticatorio dal territorio faringeo e assegnare a questo le sole due fasce, che gli appartengono.

Sulla patogenesi dell'ulcera gastrica.

S. PUGLISI ALLEGRA. — Riassumendo lo stato attuale della quistione, riferisce su moltissimi pazienti di ulcera gastrica e duodenale venuti alla sua osservazione, dimostrando trattarsi nella maggior parte dei casi di neuropratici o provenienti da famiglia nemopratici. Constata che la maggior parte sono degli antichi o recenti ipercloridici ed afferma che l'ipercloridria rappresenta la prima tappa del processo che spesso conduce a perdite di sostanza nella mucosa gastrica o duodenale.

L'ipercloridria precede ed influisce sulla comparsa dell'ulcera, come questa è prodotta da perturbamento dell'innervazione gastrica: non si può, nè si deve considerare come fenomeno secondario. Ricorda l'esperienze del Gaglio sull'ipercloridria sperimentale ed espone le ricerche eseguite per dimostrare l'influenza nervosa sulla patogenesi dell'affezione. In una prima serie sui cani ha ripreso l'esperienza del Gaglio, constatando, in 5 casi su 12, erosioni della mucosa ed in 10 vere e proprie perdite di sostanza, con i caratteri dell'ulcera.

In un'altra serie di esperienze ha provocato la resezione del plesso celiaco senza poter provocare processi ulcerativi dello stomaco. In una terza serie di esperienze ha associato il taglio dei vaghi addominali ad una pilosoplicazione per opporsi al normale svotamento dello stomaco nell'istesso tempo che veniva fortemente compromesso il trofismo delle pareti gastriche. In due casi in cui si riuscì a determinare ristagni, ebbe ad osservare nell'antro prepilorico due ulcerazioni, una più piccola, quanto una lenticchia, ed un'altra più grossa, quanto una moneta da due centesimi, che si approfondavano fino alla sierosa con bordi infiltrati edematosi. Anche in una ultima serie di esperienze in cui ha associato il laccio sul cardias a quello pilorico o ad una piloroplicatio ha ottenuto frequentemente processi ulcerativi della mucosa gastrica. Conclude che è specialmente l'eccitazione riflessa dei filetti sensitivi del vago che produce l'ipersecrezione, lo spasmo pilorico, disturbi circolatori accentuati dalla mucosa gastrica, ulcerazioni della medesima. Questo reperto conferma l'osservazione clinica che l'ipersecrezione e l'ulcera siano determinate da una nevrosi riflessa che ha per territorio i rami del vago che si distribuiscono allo stomaco. Anche per disturbi trofici che si determinano tutte le volte che si pratica la sezione dei vaghi, si possono avere, però con minore frequenza, erosioni ed ulcerazioni gastriche, quando si ponga un ostacolo al libero vuotamento dello stomaco. In patologia umana i due momenti patogenetici che sperimentalmente possiamo fare agire separatamente sono associati.

L'ulcera gastrica si determina per disturbi trofici o per nevrosi riflessa dei filetti gastrici del vago.

V. G.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Polinevriti infettive.

Bradford, Bashford e Wilson (*Quart. I. Med.*, 1919, 45, 46, 88) in base a uno studio clinico, anatomico e biologico sulla polinevrite acuta infettiva nell' uomo e nella scimmia, concludono che essa costituisce un'entità clinica a sè.

Clinicamente si hanno prima disturbi generali consistenti in cefalea, dolori al dorso, vomito, febbre per due-quattro giorni, cui segue un periodo di latenza di circa quattro settimane; dopo di che si ha la comparsa per solito improvvisa delle paralisi. Son colpite prima le gambe poi gli arti superiori e il tronco. Dopo 3-4 giorni sopravviene anche paresi facciale bilaterale che si associa talvolta a paralisi labio-glosso-faringea.

La paralisi è flaccida; i riflessi tendinei, i plantari sono aboliti; vi coesistono disturbi subiettivi della sensabilità; non si ha compartecipazione degli sfinteri. Sono frequenti l'albuminuria e la tachicardia. La mortalità è alta e la morte avviene entro la prima settimana dal manifestarsi dei fatti paralitici.

Se si ha guarigione, questa richiede parecchi mesi. Anatomicamente i nervi periferici dimostrano le alterazioni caratteristiche della polinevrite.

Lippmann in due pubblicazioni (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1919, pag. 633 e *Ztschr. f. d. ges. Neur u. Psch.*, 1919-198) descrive casi di polinevrite osservati nelle ferite infette con necrosi.

Röper (*Neurol. Centralbl.*, 1919-450) riporta anch'egli due casi di polinevrite secondaria a ferita infetta di fucile con un tratto necrotico in entrambi. In tutti questi casi comparvero dopo un tempo più o meno lungo paralisi locali, seguite da debolezza e paralisi degli arti, paralisi dell'accomodazione, atrofie, scomparsa dei riflessi e la guarigione avvenne in 2-3-4 o più mesi.

Gli autori sopracitati propendono a considerare queste polinevriti dipendenti dalla difterite della ferita. Essi però non praticarono l'esame batteriologico. Questi casi si accordano in ogni modo così bene con la sintomatologia delle paralisi difteriche consecutive a ferite e ad infezioni cutanee, descritte da Walsche — paralisi locale in dipendenza del focolaio d'infezione, paralisi dell'accomodazione e polinevrite — che possono considerarsi come casi di paralisi difteriche.

CESETTI.

Le manifestazioni nervose del tifo esantematico.

Paulian (*Revue neurologique*, 1919, n. 8) ricorda le note alterazioni della reazione meningea nel corso del tifo esantematico, rilevate in uno col Devaux e Tupa. Conferma ora che la puntura lombare nei primi giorni della febbre dà luogo sovente e specie nei casi gravi, a liquido sotto pressione, raramente xantocromico, con abbondanti elementi cellulari, senza microbi od altri parassiti, con iperalbuminosi (più di 0.50, 0.65, ecc.). Nei primi 2-4 giorni esistono quasi esclusivamente forme linfocitarie a grosso nucleo: nel momento dell'apparizione delle prime macchie compaiono e persistono in seguito durante l'eruzione grossi mononucleari, alcuni ricordanti le cosidette cellule di Martchalke, altri con rare granulazioni basofile: esistono anche e aumentano in seguito, dei polinucleari. Al 12° giorno i mononucleari sono sostituiti dai linfociti, persistenti nella convalescenza.

La linfocitosi rachidea tardiva rappresenta un importante elemento di diagnosi ed ha valore patognomonico presso individui con disturbi nervosi e psichici postesantematici ed in cui la reazione di Wassermann nel liquor sia stata negativa anche a dosi elevate.

È frequente anche, specie nei convalescenti (60 %), l'ineguaglianza pupillare: la R. W. negativa esclude la sifilide, causa ordinaria di tal fatto: essa anisocoria è da riferirsi secondo l'A. ad una meningite basale o ad un'infiltrazione diffusa lungo i vasi e i nervi cranici.

Spesso nel corso del tifo esantematico ed anche nei convalescenti si veggono disturbi interessanti i nervi periferici: così Paulian ha osservato frequenti nevriti del circonflesso uni o bilaterali (dovute alla compressione che il nervo subisce nella posizione che il malato tiene costantemente nel letto?); in un caso la nevrite del circonflesso era spiegata da un ascesso sul bordo posteriore del dettoide; anche la comparsa di una nevrite del cubitale potrebbe mettersi in rapporto con il decubito dorsale e la posizione dell'avambraccio. Quasi tutte le nevriti e polinevriti postesantematiche apparvero nel corso della convalescenza, e cause caodiuvanti furono il freddo, le intemperie cui i malati si esposero.

Fra i caratteri di tali affezioni nervose periferiche citansi i dolori e l'impotenza funzionale, spesso parestesie e disturbi della sensibilità obiettiva a tipo radicolare, disturbi trofici, modificazioni dell'eccitabilità elettrica, anchilosi articolari, ecc.

Come patogenesi bisogna ritenere l'azione infettiva e tossica: le tossine elaborate dall'agen-

te ancora ignoto, sono trosportate dai vasi che sono i primi ad alterarsi: non altrimenti flebiti ed arteriti ci danno ragione delle cangrene post-tifiche. I vasi che alimentano i cordoni nervosi sono anche colpiti e l'A. crede che le varici dei cordoni nervosi in uno con le tossine possono benissimo spiegare la patogenesi delle nevriti e polinevriti. M.

Il sistema nervoso centrale nella porpora emorragica

Secondo A. Gordon (*Journal of nervous and mental Diseases,* luglio 1919) non si conoscono casi di emorragia cerebrale nel decorso della porpora emorragica, mentre ne sono stati osservati nell'emofilia.

In generale, la partecipazione del sistema nervoso nella porpora, è un fatto piuttosto raro. L'A. riporta un caso in cui l'esame anatomo-patologico non ha rivelato alcun fatto emorragico nei centri nervosi, ma bensì delle alterazioni nella sostanza grigia cerebrale e midollare. Si notava uno stato vacuolare diffuso con distruzione di molti elementi cellulari. Tali fenomeni distruttivi nella sostanza grigia sono evidentemente in rapporto con la distribuzione vascolare, che è molto maggiore nella sostanza grigia che nella bianca. L'estensione e la rapidità della distruzione, nonchè la mancanza di te denza alla riparazione, si spiegano col fatto che le arterie nella sostanza grigia sono terminali e quindi, data la rottura di un vaso, il tessuto è condannato alla necrobiosi.

Al contrario che nella porpora, negli stati anemici gravi, le lesioni sono esclusivamente localizzate nella sostanza bianca.

fil.

TERAPIA.

L'antianafilas i digestiva.

Sono note le crisi anafilattiche, le quali, in forma di orticaria o di edemi, si presentano dopo l'ingestione di certi alimenti. P. Pagniez e Pasteur Vallery Radot (*Soc. méd. des hôpitaux,* 6 giugno 1919) hanno avuto l'idea di praticare in questi casi, il trattamento antianafilattico. Hanno tentato dapprima in un individuo che, due ore dopo un pasto con aragoste, gamberi di mare o simili, accusava pesantezza di testa, prurito ed in seguito intensa eruzione di orticaria con tumefazione delle labbra e delle palpebre. Hanno fatto ingerire a tale individuo, 3-4 grammi di aragosta cotta, un'ora prima di iniziare il pasto, che conteneva appunto una forte razione di aragosta. Nessun fenomeno spiacevole si è verificato: d'allora in poi l'individuo si protegge prendendo piccole quantità di cibo incriminato, poco tempo prima del pasto, che altrimenti gli determinerebbe i fenomeni anafilattici. [Si tratterebbe di una applicazione del metodo delle iniezioni subentranti di Besredka. — *N. d. Redat.*].

In altri malati con tipo a malattia di Quinke (grossi edemi) gli AA. hanno prescritto l'ingestione di 1/2 grammo di peptone un'ora prima del pasto: gli edemi scomparvero, come scomparvero pure certe forme di emicrania tipica, che possono, in certo modo, ravvicinarsi all'orticaria.

Il metodo, certamente, ha bisogno di essere perfezionato nei suoi particolari, ma è probabile che trovi larga applicazione. In luogo delle cartine di peptone puro, si può prescrivere il peptone (1/2 gr.) mescolato con magnesia calcinata (25 cgr.) ed un poco di polvere di liquirizia. Oppure far prendere un cucchiaino da caffè di peptone disciolto nell'acqua.

fil.

Nella dispepsia intestinale.

Regolare la dieta, somministrando eventualmente per un certo tempo alimenti che abbiano già subìto un certo grado di digestione.

Quando l'urina è acida e concentrata, sarà utile la pancreatina (30-60 cg.) con alcalini. La flatulenza viene sedata mediante acido nitrico diluito e tintura composta di cardamomo. Nella flatulenza del crasso da atonia, Hare (*Am. medicine,* marzo 1919) prescrive: Assafetida g. 2,4; estratto di noce vomica cg. 24; estr. di fava del Calabar cg. 18; oleo-resinato di capsium centimetri cubi 1/2. Mescola e dividi in 20 pillole: da prenderne una, due ore dopo i pasti.

Anche la canfora e la belladonna sono raccomandabili, talvolta associati con la fava del Calabar. Buoni aiuti possono considerarsi il massaggio addominale, e la corrente faradica, applicata con un rullo.

Il fegato può essere stimolato con piccole dosi di podofillina, od anche di calomelano, seguite da acido nitrocloridrico e da tintura composta di genziana.

fil.

La dieta idrica.

Consiste nella soppressione di ogni alimento e nella somministrazione di sola acqua pura. Come tale essa è usata nella cura delle diarree infantili coleriformi, ma può essere applicata in qualsiasi diarrea in bambini ad allattamento artificiale e più raramente in quelli allevati al seno e contro i vomiti abituali.

La dieta idrica spegne la sete, diminuisce la diarrea, attenua i vomiti, determina un abbassamento della temperatura, favorisce le diuresi e calma il sistema nervoso. (A.-B. Marfan, *Le Nourrisson* e *Presse médicale*, 22 nov. 1919).

Si somministra acqua pura, eventualmente bollita, meglio se tiepida, oppure un infuso leggerissimo non zuccherato di the o di menta.

La quantità deve corrispondere a quella del latte: in principio va somministrata a cucchiaini; in caso di vomiti incoercibili, si fa prendere l'acqua ghiacciata, a goccie (10-20 ogni 5'-10').

In qualche caso, la dieta idrica deve essere di brevissima durata (qualche ora); non deve poi mai oltrepassare i 3 giorni, per il pericolo di veder sopraggiungere i fenomeni dell'inanizione. Essa è quindi controindicata nell'atrepsia.

Alla ripresa dell'alimentazione, si darà il latte di donna, oppure di asina; si daranno altresì pappe di farine maltosate ed eventualmente di farina lattea. In mancanza, si darà il latticello, la polvere di latte magro, il latte condensato scremato, ecc.

La rialimentazione deve essere progressiva e sorvegliata da vicino: nei casi favorevoli, si potrà ristabilire il vitto normale, dopo un ventina di giorni.

fil.

Come somministrare gli alcalini contro i dolori gastrici.

Il dott. Binet si occupa, nel *Progès Médical* (n. 27 del 1919), della somministrazione degli alcalini e specialmente del bicarbonato sodico nelle gastralgie.

Dopo alcune considerazioni sull'azione fisiologica degli alcalini, l'A. formula la seguente indicazione: prescrivere gli alcalini nel corso della digestione e non al sopravvenire dei dolori o all'ora in cui questi sono attesi.

L'alcalino da preferire è, per l'A., il bicarbonato sodico, perchè il più innocuo; possono associarvisi magnesia calcinata, creta preparata, citrato o solfato o fosfato sodici.

Quanto alla dose, l'A. crede che in media si debba giungere a 4-5 gm. al giorno.

La somministrazione in soluzione è sempre da preferire a quella in cartine.

Quando si vogliano prescrivere gli alcalini all'incogliere del dolore, si può ricorrere alla seguente formula, cui l'A. assegna la preferenza:

Bicarbonato sodico	gm.	50
Creta preparata	»	10
Magnesia calcinata	»	5

Una cucchiaiata della mescolanza stemperata in un po' d'acqua. Di due in due ore, quando il dolore sia forte; di tre in tre, quando sia mitigato; tre volte al giorno, a intervalli regolari (3 ore incirca dopo i pasti), qunado il dolore sia quasi scomparso.

In questi ultimi anni è invalsa la consuetudine di somministrare gli alcalini in soluzione diluita, preferibilmente a digiuno. Così Hayem raccomanda 150-250 gm. di acqua di Vichy (in Italia può usarsi una Vichy artificiale o l'acqua di Sardara), alquanto stiepidita, a cui si siano aggiunti 6 gm. di solfato di soda per litro.

Questo sale avrebbe lo scopo di eccitare la secrezione duodenale. determinando una maggiore resistenza della mucosa del duodeno al succo gastrico iperacido.

La cura può prolungarsi per 25-30 giorni.

Lo stesso A. consiglia per i sofferenti di gastralgia l'impiego protratto di un'acqua alcalina così preparata:

Acqua	litri	1
Bicarbonato sodico	gm.	2.5
Solfato sodico	»	3.—
Cloruro sodico	»	1.—

Stemperare a circa 40° C. Prendere a digiuno tre dosi eguali, ad intervalli di 20 minuti: il primo giorno 250 cmc., aumentare poi ogni giorno di 50 cmc., fino a raggiungere 500 cmc.

Finalmente Bourget preconizza la formula seguente:

Acqua distillata	litri	1
Bicarbonato sodico	gm.	8.—
Solfato sodico	»	4.—
Fosfato sodico	»	2.—

Prenderne 100-150 cmc. al mattino, a digiuno; nel caso di disturbi gastrici, ripetere le dosi durante il giorno.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1084) *Balsamici nelle bronchiti.* — All'abbonato n. 5087:

Le proprietà prosciuganti e disinfettanti (?) dei balsamici sono utilizzate nella terapia delle bronchiti con produzione di secrezione mucopurulenta o purulenta.

Nelle *bonchiti acute* l'uso dei balsamici non trova una indicazione vera: se le condizioni anatomiche del parenchima polmonare sono normali (non enfisema, ecc.), se organi vitali (come cuore, rene) di cui le alterazioni si ripercuotono sinistramente sulla circolazione polmonare, sono sani, la bronchite acuta ha un decorso quasi ciclico per il naturale esaurirsi del processo; le forze dell'organo e del malato sono sufficienti per una rapida guarigione. Somministrare balsamici quando il processo morboso non è esaurito (febbre, ecc.) non è opera dannosa; utile, secondo

il pensiero di coloro che credono all'azione disinfettante dei balsamici: l'ordinaria esperienza mostra che nessun vantaggio si ha però nella rapidità della guarigione.

Nelle *bronchiti croniche* l'uso dei balsamici trova impiego migliore per attenuare sintomi fastidiosi e alleviare sofferenze, purchè contemporaneamente siano prese di mira le condizioni causali che sostengono la bronchite cronica, e siano doverosamente osservate le condizioni del rene, per evitare eventuali danni. *t. p.*

(1085) *Cura medica nella ipertrofia della tiroide.* — Al dott. A. Ruggieri:

L'ipertrofia della tiroide per sè non è condizione sufficiente per imporre una cura medica o chirurgica. Le indicazioni sorgono se all'alterazione anatomica della tiroide si associano sindromi da alterata secrezione, o segni di compressione; possono presentarsi in casi particolari per ragioni estetiche.

Naturalmente basterà pensare che l'alterata funzione secretiva può essere del tipo ipotiroideo, ipertiroideo, o distiroideo, può essere, come lo è d'ordinario, associata ad una serie di sintomi che rivelano la partecipazione delle altre glandule a secrezione interna (ipofisi, surrenali, ecc.), per affermare che non esiste *una cura medica* di questi disturbi, e forse neppure delle serie di cure, ma che la terapia è in particolar modo individuale e va accordata con la sindrome clinica peculiare; la terapia deve essere rivolta contro i fenomeni generali, può essere rivolta verso la tiroide; ma qui è necessaria una diagnosi esatta perchè la terapia medica trovi una esatta indicazione. Così il gozzo gelatinoso, il colloide e, secondo alcuni, il parenchimatoso sono passibili di cura jodica generale e talora locale (intraparenchimatosa); il gozzo fibroso nessun giovamento risente da queste cure.

Ipertrofie tiroidee con ipotiroidismo non sono passibili di cure locali, e talora danni non lievi sono stati arrecati ai malati. Ipertrofie con ipertiroidismo possono trovare una utile indicazione in una radioterapia locale, condotta da persona dell'arte con raggi sapientemente filtrati.

Se l'ipertrofia tiroidea dà segni di compressione, la cura chirurgica parziale il più delle volte s'impone.

Nei gozzi semplici, senza disturbo alcuno, quando l'estetica ne venga notevolmente alterata, si può tentare la cura jodica generale, o cautamente l'irradiazione con Raggi X filtrati per alluminio. Però è buon consiglio nelle modiche ipertrofie della tiroide lasciare in pace un organo tanto importante, e nel quale qualche volta i nostri mezzi brutali di terapia hanno prodotto guasti irreparabili. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

C. FRANK. *Afasia e mutismo da emozioni di guerra.* « Il Manicomio », Archivio di Psichiatria e Scienze Affini, Nocera Superiore, 1919.

E' un lavoro di 222 pagine, con tre tavole. La prima parte è consacrata alla storia dei disturbi funzionali della parola. Segue la casistica personale, la quale conta ben 105 casi di mutismo e di altri disturbi funzionali del linguaggio, osservati nel Nevrocomio militare di Villa Wurs, nella Clinica delle malattie nervose e nel Manicomio di S. Maria della Pietà.

La sintomatologia dei disturbi in parola è diligentemente analizzata. L'autore, con criterio del tutto originale, divide i vari sintomi in due categorie: sintomi costanti del mutismo (dispneumia, afonia, anartria) e sintomi inconstanti, tra i quali uno mai ancora descritto da altri, cioè a dire, la paresi del VII inferiore di destra, nei mancini del VII inferiore di sinistra).

Un capitolo è riservato alla diagnosi differenziale, sia con i disturbi funzionali affini, che con le varie forme organiche di afasia.

La parte più notevole del lavoro è quella che si riferisce alla patogenesi dei disturbi in parola. L'A. dopo aver passato in rassegna le principali dottrine sull'isteria, fa una critica severa, ma efficace sempre ed obiettiva, della dottrina di Oppenheim sulla nevrosi traumatica, e di quella di Babinski sul pitiatismo, che non corrisponde affatto ai dati clinici obbiettivi che si constatano nello svolgersi dei fenomeni isterici. Combatte, con argomenti inoppugnabili, la dottrina anatomica del mutismo isterico.

Espone, quindi, una teoria patogenetica originale sui disturbi funzionali del linguaggio. Egli, sostiene cioè, che nel mutismo isterico trattasi di un disturbo corticale (extra-focale) consistente in una mancanza dell'impulso psichico, destinato a mettere in azione tutto quanto l'apparecchio periferico deputato all'emissione delle parole (respiro, fonazione, articolazione). Si tratterebbe, cioè di una aprassia circoscritta, dimostrata: 1° dal fatto che i muti isterici nei tentativi di parlare si servono spesso di impulsi destinati ad altre funzioni (sostituzione degli impulsi, secondo l'A.); 2° che essi per riacquistare la parola hanno bisogno spesso di un lungo periodo di rieducazione dei movimenti destinati all'emissione delle parole.

Chiudono il lavoro efficaci considerazioni prognostiche e una serie di consigli terapeutici, fra i quali figurano i più recenti metodi messi in opera per la cura dei disturbi funzionali del linguaggio.

Trattasi insomma, di uno studio veramente completo sull'argomento, armonicamente svolto, dove non si sa se più ammirare la minuta, diligente, lucidissima analisi, o la critica sempre elevata e stringente.

FUMAROLA.

VARIA.

Specialista o dottore in medicina generale? — Sotto questo titolo il celebre chirurgo di Vienna dott. L. Moszkowicz nella *Wien. Med. Wochens.* del giugno u. s. spezza una lancia a favore di un'educazione specialista dei medici pratici.

Circa 700-800 medici viennesi, un terzo cioè all'incirca di tutti i medici esercenti, fatta eccezione di quelli d'ufficio, dei medici civici e di ospedali e militari, sono specialisti in qualche ramo.

La maggior parte dovette, egli dice, acquistarsi o, si può dire, conquistarsi le cognizioni corrispondenti, a forza di tempo e fatica, all'interno o all'estero, a studi finiti, non essendo le nostre università destinate che a formare dottori in medicina universa. Per questi specialisti poi è ben anche difficile farsi strada e sostenersi nella vita pratica, non essendo le nostre istituzioni sociali adatte all'impiego di medici specialisti e meno che meno al loro perfezionamento.

Ma ad onta di tutte queste difficoltà il progrediente sviluppo della specializzazione dei medici non può essere arrestato, non volendo la nuova generazione lasciarsi incanalare nella miserabile professione dei medici pratici, e cerca con tutti i mezzi e all'interno e più spesso ancora all'estero un'istruzione specialista.

Con ciò l'antichissima e provvida istituzione del medico di famiglia dovrebbe andare a scomparire, e già la vediamo minacciata e sobbalzata in molti campi dagli specialisti: così le famiglie ricche ricorrono già allo specialista, che scelgono a seconda del caso di volta in volta e se pur ancora hanno un medico di casa, questo è un professore d'università o per lo meno un docente privato di medicina interna, pei bambini un professore o docente di pediatria.

Per le classi povere e lavoratrici esistono pure i medici dei poveri e delle casse, e anche la media e piccola borghesia già tendono ad assicurarsi il medico a salario fisso.

E così ben poco resta al vecchio medico di casa, che per essere sinceri può completamente essere sostituito dal medico internista, dove esiste, e per lui non rimarrebbe che la condotta di campagna, dove apparentemente necessita il medico che tutto sa.

Un grido d'allarme dato non è guari da un coscienzioso medico condotto dichiara esplicitamente che la promozione ora in uso alle università a dottore in medicina universa non è all'altezza dei bisogni della pratica nelle campagne. È chiaro che anzitutto il medico in condotta dovrebbe essere ostetrico e chirurgo, e se in un piccolo borgo hanno sede due medici, l'uno dovrebbe essere chirurgo od ostetrico, l'altro internista e pediatra.

Si può persino pensare che in due condotte confinanti i due medici specializzati potrebbero completarsi a vicenda colle loro cognizioni e al posto di quella certa rivalità dovrebbe subentrare un lavoro comune in piena armonia.

Resterebbe ancora il servizio delle casse ammalati.

Il dott. M. crede non essere più lontano il tempo, in cui si capirà essere un assurdo il voler costringere un medico di una cassa a passare in rassegna nel suo miserabile ambulatorio ogni specie di malati, ma essere invece interesse comune l'introdurre pel servizio medico nei rioni industriali istituzioni sul sistema della policlinica, nelle quali fungono specialisti.

Pel servizio delle visite a domicilio dovrebbero essere destinati medici appositi e così per quello della notte.

Suddividendo e distribuendo così le attribuzioni nei diversi campi pratici, tutta l'attività della nostra casta potrebbe essere dominata da specialisti e l'istruzione data alle università venir riformata e adattata al nuovo indirizzo in un tempo relativamente breve modificando l'ordine degli studi e adattandolo ai nuovi rami di prestazioni.

Per impedire al più possibile le disastrose conseguenze che immediatamente ne deriverebbero, cambiando il sistema fin qui in uso, l'autore dell'articolo propone di prolungare lo studio della medicina coll'imporre ad ogni studente la specializzazione in un ramo delle scienze mediche della durata di cinque anni, a studi compiuti, secondo il metodo praticato sin qui, il che non farebbe che sancire legalmente quanto hanno fatto spontaneamente sino ad oggi medici coscenziosi prima di entrare in pratica, consapevoli dell'insufficienza delle nozioni acquisite cogli ordinamenti statali.

In questa maniera si porrebbe pur argine alla stragrande affluenza allo studio della medicina e si faciliterebbe la lotta per l'esistenza alla casta medica d'oggi fortemente pregiudicata dall'iperproduzione ognor crescente.

Trento. *p. s.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per una riforma della legge sugli infortuni del lavoro.

Il Consiglio Superiore delle Casse Infortuni ha approvato un progetto di riforma della legge per gli infortuni sul lavoro. L'assicurazione sarebbe estesa a nuove categorie di lavoratori; sarebbero elevate le indennità; sarebbe provveduto anche all'assistenza ortopedica e farmaceutica.

La classe medica intende di non essere dimenticata, e che non si elabori alla chetichella qualcosa di simile a quanto stabilì il famigerato regolamento sugli infortuni agricoli, il quale ha dimostrato in qual conto sia tenuta la classe medica dagli organi centrali.

A questo proposito la Presidenza dell'Associazione Nazionale dei medici condotti invita i soci a non subire altre imposizioni assurde e poco dignitose, e vigilerà a che nella revisione siano modificate le tabelle delle competenze dei medici che prestano la loro opera per gli infortuni sul lavoro.

Perchè i medici delle Mutue si organizzino.

Nella considerazione che durante gli anni di guerra le Società di M. S. sono rimaste inattive nei riguardi dei loro medici, ai quali non pensarono di migliorare gli assegni miserrimi, certamente poco rimunerativi dell'opera loro, il Sindacato dei Medici di Milano (città e Provincia) ha pensato sia giunto il momento di organizzare anche questa categoria di medici addetti alle Società di M. S. perchè provvedano a migliorare le loro sorti.

Essi sono invitati ad aderire al Sindacato, perchè si possa procedere a un'adunanza, per costituire tale organizzazione di categoria.

Per il servizio sanitario del Ministero dei trasporti.

Gli Ispettori Medici delle Ferrovie dello Stato riunitisi a Congresso il 15 u. s. a Roma considerato che il Servizio Sanitario delle Ferrovie ha una tradizione di oltre 50 anni nel campo delle Previdenze Sociali, ed è l'unico oggi esistente ed organizzato dei tre rami sanitari di cui la Commissione testè nominata da S. E. il Ministro deve studiare il coordinamento, affermano la necessità che la funzione direttiva del Servizio Sanitario del Ministero dei Trasporti sia ad essi Ispettori Medici affidata; e pur plaudendo alla nomina a Commissario del Capo Divisione sig. dott. Baldi che riscuote l'unanime consenso, constatano che nella Commissione stessa il numero dei Funzionari medici al servizio ferroviario è assolutamente inadeguato alla importanza di tale servizio ed alla funzione prevalente che esso deve esplicare, e ne domandano l'aumento.

Fanno altresì voto che nella scelta di nuovi Commissari, sia intesa l'Unine dei Funzionari delle Ferrovie.

L'Ordine dei medici di Roma e la nuova tariffa delle visite.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Roma, in una lunga seduta ha discusso vari argomenti, principalissimi tra gli altri, il progetto di legge sulla assicurazione obbligatoria contro le malattie, l'accettazione dei malati a pagamento nelle clinche universitarie, e l'eventuale adesione a quelle istituzioni che si propongono di valorizzare moralmente ed economicamente il lavoro intellettuale e di difendere la cultura.

Venne quindi discussa, voce per voce, ed approvata la tariffa minima per le prestazioni mediche e chirurgiche da applicarsi nella provincia di Roma con decorrenza dal 1° gennaio scorso, e alla quale sarà data la massima pubblicità per opportuna conoscenza del pubblico.

I medici ospedalieri di Napoli.

L'associazione napoletana dei medici ospedalieri ha tenuto un'importante seduta, in cui venne discussa la situazione economica e morale dei medici degli ospedali.

Il presidente prof. Giovanni Nicci espose alla assemblea generale il programma del Consiglio per quanto riflette la sistemazione dei sanitari degli ospedali.

La misura degli stipendi richiesta parte da un minimo di L. 4500 per gli assistenti.

L'on. prof. Capasso si disse pronto a dare tutta l'opera sua per siffatta causa, assicurando che non avrebbe mancato di portare la questione prima innanzi al gruppo sanitario parlamentare, e poi, occorrendo, innanzi alla Camera.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8143) *Medici di opere pie - Se possono ritenersi equiparati ai medici condotti.* Dott. E. B. da S. Uno dei principali, se non unico, obbligo del Comune nei riguardi dell'assistenza sanitaria pei poveri è quello della cura a domicilio degli infermi da parte del medico condotto. Se

l'Opera Pia, cui allude, oltre alle svariate sue benefiche funzioni, avesse provveduto anche alla cura a domicilio degli infermi, in modo da liberarne il Comune, il quale non sarebbe stato tenuto a stipendiare alcun medico per proprio conto, non vi sarebbe stato alcun dubbio circa l'applicabilità al personale medico nosocomiale della disposizione contenuta nello articolo 45 del Regolamento generale sanitario. È inutile, peraltro avvertire che se tale articolo fosse stato applicabile, la loro nomina avrebbe dovuto avvenire mediante pubblico concorso e non mai per nomina diretta.

(8144) *Pensioni - Periodo di tempo utile per acquistarne il diritto.* — Dott. T. R. da M. Troviamo giusta l'osservazione da Ella messa in rilievo circa l'opportunità di rendere utile per il conseguimento del diritto alla pensione dei medici condotti anche il periodo di tempo passato nella Università per il conseguimento della laurea professionale e ciò come equo trattamento di fronte a quello che fu recentemente stabilito per gli impiegati governativi. Non mancheremo di occuparci dell'importante argomento, allorchè tratteremo della necessità di rivedere l'intera legge sulle pensioni, per renderla meglio rispondente alla necessità dei tempi attuali.

(8145) *Concorso - Stabilità - Condotta pei soli poveri.* — Dott. C. A. G. da P. P. M. Qualora fosse nominata in base al concorso che sarà bandito, potrà unire allo anteriore, il servizio che posteriormente presterà e potrà ritenersi stabile *ipso iure* fin dal primo atto di nomina. L'abolizione della condotta piena non si effettua, come Ella crede, con la semplice pubblicazione all'albo pretorio dello avviso all'uopo spedito dall'ordine dei medici. Occorre che essa sia deliberata dal Consiglio Comunale ed approvata dalla G. P. A. la quale in caso di oscitanza o di negligenza da parte della amministrazione comunale ha facoltà di intervenire di ufficio. Fino a quando tutto ciò non sia avvenuto, la condotta piena resta sempre in piedi ed il medico nulla può esigere dagli agiati. Poichè tale stato di cose, perpetuandosi per molto tempo, può arrecar danno agli interessi del medico, può questi salvaguardarli notificando subito un atto al Comune, con cui lo diffidi nel senso che se l'abolizione non avverrà entro determinato termine, lo terrà responsabile per tutti i danni materiali e morali, cui potrà andare incontro nel tratto avvenire.

(8147) *Nomina del veterinario condotto - Commissione giudicatrice.* — Dott. R. G. Z. da M. L'articolo 3 del R. Decreto 27 aprile 1911, numero 375 estende ai veterinarii comunali le disposizioni contenute negli articoli 26, 30, 37 e segg. del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. Decreto 1 agosto 1907, n. 636. E poichè l'articolo 30 del detto testo unico contempla appunto le nomine a posti compresi nell'organico, vuol dire che i veterinarii condotti debbono essere nominati con le medesime formalità e giudicati da Commissioni, identiche a quelle stabilite per medici condotti.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

LOREO (*Rovigo*). — Concorso medico-chirurgo 1° riparto. Chiusura prorogata sino a tutto il 15 marzo prossimo. Stipendio L. 6000. Indennità cavalcatura L. 1800. Indennità caro-viveri. Cura per soli poveri.

MEZZOIUSO (*Palermo*). — Il termine per la presentazione delle domande al concorso annunziato nel fascicolo 4° del corrente anno è prorogato al 5 marzo.

PIACENZA. *Ospizi Civili.* — Medico primario pediatra presso l'Ospedale Civile. Titoli. Annuo assegno di L. 4000. Il concorso si chiude col 10 marzo prossimo. Le condizioni di nomina sono visibili presso la segreteria dell'amministrazione degli Ospizi Civili.

TRAREGO (*Novara*). — Consorzio medico con Viggiona; ab. 913; località di villeggiatura a 5 km. da Cannero. Offerte al sindaco di Trarego, presidente del Consorzio.

Uffici di collocamento.

Piemonte e Liguria: Torino, via dei Mille, 16 (presso l'Ordine dei Medici di Torino);
Lombardia: Milano, via Dogana, 2 (presso la Presidenza centrale);
Tre Venezie: Verona, Stradone Superiore Maffei, 10 (presso l'Ordine dei Medici);
Emilia e Romagna: Bologna, Archiginnasio (presso la sede della Sezione Bolognese);
Mantovano: Mantova, via Arrivabene 3 (presso l'Ordine dei Medici);
Ferarra, presso la sede dell'Ordine dei Medici (per la provincia).
Chiedere le condizioni.

La prolusione del prof. Ducrey.

La prolusione del prof. Ducrey è stata pubblicata, nei fascicoli 5 e 6, senza tener conto delle numerose aggiunte e correzioni che l'autore aveva eseguito sulle bozze.

Per questo contrattempo, che è dipeso dall'improvviso aggravarsi e dalla perdita del compianto nostro editore prof. Morelli, la redazione chiede vive scuse all'autore.

Nella impossibilità di rimediare all'inconveniente con una « errata-corrige », la redazione rende noto ai lettori che essi potranno, rivolgendosi liberamente all'autore, ricevere l'estratto, che porta il testo corretto e completo.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Sull'encefalite letargica.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, Div. 6ª, Sezione 1ª, ha diramato ai Prefetti del Regno una circolare recante il numero 20300-2, la quale riporta le nozioni essenziali sull'epidemiologia e la profilassi dell'enfalite letargica.

La circolare rileva che sono esagerati i timori per quanto riguarda la diffusione epidemica della encefalite, pur riconoscendo che la particolare gravità della malattia, l'eccezionalità del quadro sintomatico, la grande diffusione di notizie spesso fantastiche date in un primo momento, costituiscono elementi di allarme.

Le incertezze relative all'intima natura della malattia, rendono indispensabile di approfondire gli studi e le ricerche; ma s'impone anzitutto la denunzia sollecita per mettere l'autorità in grado di orientarsi rapidamente su ogni singolo caso con tutte le risorse della scienza tecnica.

L'osservazione che l'esordio dell'encefalite letargica suole manifestarsi con attacchi alle vie respiratorie, speso alla mucosa nasale ed anche alla congiuntiva oculare, porta a ritenere che i detti punti siano elettivi per l'ingresso del virus. Ne consegue l'indicazione di curarle anzitutto, rendendole refrattarie con la pulizia, e occorrendo con trattamenti detersivi non irritanti, come si suggerisce per l'influenza.

Anche le norme relative alla disinfezione delle mani, alla pulizia e cura igienica della persona, al mantenere un regime moderato di vita, evitando ogni eccesso fisico e mentale, come pure l'astensione o almeno la moderazione nell'uso delle bevande alcooliche, devono essere tenute in gran conto per la profilassi della malattia, pur non spingendosi oltre la loro conciliazione colle varie necessità della vita ordinaria.

E' sempre opportuno, anche agli effetti della migliore assistenza, di favorire la ospedalizzazione dei malati, possibilmente concentrandoli in appositi reparti.

Dovrà curarsi l'osservanza rigorosa delle regole di igiene generale con speciale riguardo alla nettezza delle strade ed alla pulizia delle case.

Si raccomanda inoltre di evitare gli affollamenti eccessivi nei luoghi di pubblico convegno (chiese, scuole, cinematografi, teatri, ecc.), e di curare la rigorosa pulizia di essi. Un trattamento analogo dovrà farsi ai mezzi di pubblico trasporto (trams, vetture ferroviarie, ecc.).

Le indagini scientifiche future, aggiunge la circolare, daranno indicazioni più precise di intervento profilattico.

MEDICINA SOCIALE.

Congresso delle Amministrazioni ospitaliere.

Ad iniziativa del dott. Alessandro Schiavi, presidente degli Istituti Ospedalieri di Milano, il 12 corr. ebbe luogo, nel salone del palazzo di S. Spirito in Roma, alla presenza dei rappresentanti di quasi tutti gli ospedali d'Italia, il Congresso delle Amministrazioni ospitaliere.

Nel discorso inaugurale, il comm. Lusignoli rileva che le condizioni eccezionali del momento, che coinvolgono non soltanto l'Italia ma tutto il mondo, non potevano non ripercuotersi sulle situazioni finanziarie delle Amministrazioni ospitaliere, che sono giunte agli estremi limiti, oltre i quali non è possibile il loro funzionamento.

La situazione è tale che può essere rappresentata da questa alternativa: o disperdere i patrimoni per assistere gli ammalati o conservare i patrimoni e chiudere le porte agli ammalati.

L'oratore si addentra nell'esame del funzionamento degli Istituti assicurativi che hanno finalità che non possono confondersi con quelle dei servizi sanitari ed ospitalieri e sostiene la necessità di provvedimenti concreti ed immediati da proporsi al Governo.

Raccomanda in ultimo la costituzione di associazioni regionali fra le Amministrazioni ospitaliere e chiude rinnovando il saluto augurale al Congresso.

Il dott. Alessandro Schiavi ricorda la riunione tenuta a Milano per esaminare il memoriale presentato dai dipendenti degli ospedali, riunione nella quale venne stabilito di indire l'attuale Congresso che si propone di risolvere la questione finanziaria che affligge gli ospedali d'Italia.

L'oratore ritiene che i provvedimenti di immediata efficacia da invocarsi dal Governo e dal Parlamento a favore dell'assistenza ospitaliera dei malati poveri consistano nei seguenti tributi:

aliquota erariale per gli ospedali sull'imposta dei redditi misti di capitale e lavoro;

aliquota erariale per gli ospedali sulle tasse di successione fra collaterali e fra estranei;

destinazione ad esclusivo favore degli ospedali delle speciali tasse di beneficenza sugli spettacoli.

Nella seduta pomeridiana, presieduta dal dottor Schiavi, questi pone in discussione il primo provvedimento da invocarsi dal Governo e così formulato dal relatore avv. Gaggi: « Esonero dal tributo fondiario degli edifici tassativamente destinati all'Amministrazione ed all'attuazione della assistenza ospitaliera ».

Essendosi soprassieduto a qualsiasi votazione, si passa a trattare degli speciali tributi da invocarsi in favore dell'assistenza ospitaliera.

La discussione si fa ampia ed interessante, e si conclude con l'approvazione del seguente ordine del giorno:

« Il Convegno dei rappresentanti degli ospedali d'Italia;

constatato che le rendite sono insufficienti a provvedere ai bisogni dell'assistenza ospitaliera, afferma la necessità che esse debbano esser congruamente integrate da speciali sovrimposte sul reddito o sulle successioni, da determinarsi in base alle condizioni dei bilanci degli ospedali e da erogarsi da Commissioni regionali da costituirsi per la difesa, lo sviluppo e l'incremento della assistenza ospitaliera;

confida, per la sollecita attuazione di questi provvedimenti, anche col consenso e l'adesione delle rappresentanze delle associazioni dei Comuni, negli organi legislativi ed esecutivi dello Stato ».

La seconda parte dell'ordine del giorno del presidente dott. Schiavi è così concepita:

« Nel frattempo, in attesa di questi provvedimenti, data la gravità della situazione delle Amministrazioni ospitaliere per cui esse si trovano nella dolorosa necessità di esaurire il patrimonio, e dovranno a breve scadenza sospendere le prestazioni dei servizi di assistenza e di cura dei malati, invoca dal Governo immediati contributi, per saldare i deficit accumulatisi negli ultimi esercizi con mutui corrispondenti, inscrivendo nel bilancio dello Stato il pagamento degli interessi e addossando ai bilanci dei Comuni e degli altri Enti debitori il pagamento dell'ammortamento in 50 anni della sola rata capitale ».

Il Congresso si è chiuso con un discorso del presidente dott. Schiavi, al quale, su proposta del comm. Petrera di Bari, viene tributato l'applauso dei congressisti.

***

La Presidenza del Convegno dei rappresentanti degli ospedali d'Italia — composta dal presidente dottor Schiavi di Milano; dei vice-presidenti: comm. Lusignoli di Roma, comm. Wiel di Venezia, comm. Bellagamba di Genova e del segretario generale avv. Gaggi di Milano — è stata ricevuta dal vice-presidente del Consiglio, senatore Mortara, al quale ha presentato l'ordine del giorno votato dal Convegno.

Il senatore Mortara si è reso pienamente conto della situazione gravissima in cui gli ospedali si trovano per improragabili deficienze di cassa e della necessità di provvedere a colmarle sollecitamente, ed ha preso tempo a fare proposte impegnative per il Tesoro, fin quando gli sia noto l'ammontare di tali deficienze, impegnandosi altresì nel frattempo a studiare e a dar corso a quegli altri provvedimenti di carattere amministrativo che fossero attuabili immediatamente e di mettere allo studio gli altri provvedimenti pei quali occorrano disposizioni legislative.

Congresso delle assicurazioni sociali.

Indetto dalla Confederazione Generale del Lavoro, si è tenuto il 12 e 13 corr. a Roma un convegno per le assicurazioni sociali.

V'intervennero i rappresentanti delle Camere del lavoro e Federazioni di mestiere; vi erano stati invitati, con voto consultivo, i tecnici delle assicurazioni sociali e i dirigenti uffici di collocamento; vi presero parte molti uomini politici.

Tra gli altri temi fu discusso quello delle misure legislative riguardanti l'assicurazione contro le malattie: alcuni (Benzi, Saccani) sostennero che il sussidio di malattia dev'essere pari alla paga; altri (Bruno, Ulivelli) furono per la graduatoria del sussidio; Ivik di Monfalcone rilevò la maggiore estensione del progetto italiano rispetto alla legge austriaca; il dott. Arsuffi si dichiarò contro il servizio di condotta medica e si augurò l'istituzione di un Ministero della salute pubblica.

Furono rilevate tutte le manchevolezze della legge sugli infortuni agricoli.

Le discussioni sulle assicurazioni contro gli infortuni industriali e contro l'invalidità e la vecchiaia furono rimandate ad una nuova assemblea.

Prima di sciogliersi il Congresso approvò un ordine del giorno perchè la giornata di lavoro agli operai delle industrie a fuoco continuo sia ridotta a sette ore.

COLTURA SUPERIORE.

Per un nuovo ordinamento degli studi medici in Germania.

Questo argomento è stato oggetto di un'ampia discussione in seno alla Dieta Medica Tedesca, adunatasi il 27 e 28 settembre 1919.

Ci sembra interessante di riportarne molta parte dalla *Deut. Mediz. Wosch.* (31 ottobre e 6 novembre 1919), a complemento delle notizie già date nel fasc. 24 dello scarso anno.

***

SCHWALBE (Berlino), relatore. — Tutte le volte che il popolo tedesco, per colpa propria od altrui, è rimasto annientato, è stato ricondotto a nuova vita dal rifiorire delle idee.

Quindi uno dei primi nostri doveri sarà quello di elevare il sapere — oltre che di tutelare e promuovere la salute e la robustezza fisica — del popolo tedesco.

A raggiungere quella nobile mèta saranno chiamate principalmente le Università. Dunque noi vogliamo che le Università siano rese più efficienti.

Ma, non meno che nel campo sociale e politico, sarebbe pericoloso di attuare delle innovazioni rivoluzionarie; invece converrà di procedere per gradi.

Nell'àmbito degli studi medici, tutti noi sappiamo che l'ordinamento attuale non risponde alle esigenze della collettività. Le scienze hanno finito per opprimere l'insegnamento della medicina, anzichè istradarlo. Molti insegnanti di discipline ausiliarie si approfondano troppo nel campo loro affidato, sovratutto nei capitoli da essi coltivati; mancano di ogni misura e di ogni discrezione: rimpinzano i cervelli degli studenti di molta zavorra scientifica, che rimarrà sempre un peso morto. Ne soffre non poco anche la compiutezza dell'insegnamento: difatti chi assiste agli esami sa come essi siano divenuti molto unilaterali.

Questi rilievi valgono in specie per le scienze naturali. Il pensiero naturalistico è indispensabile per comprendere la medicina, i cui progressi ulteriori si compiranno sul binario delle scienze naturali; ma per il medico pratico una coltura prevalentemente naturalistica non è indicata nè consigliabile: essa finisce col metterlo al disotto dei ciarlatani nell'esercizio professionale!

Avendo di mira l'interesse degli studenti e facendo astrazione dall'interesse dei signori colleghi ordinarî, dobbiamo desiderare che, per es., nel periodo preparatorio degli studi medici vengano istituiti corsi di chimica e di fisica adattati ai soli studenti di medicina; che i corsi di scienze naturali descrittive — botanica, zoologia, mineralogia, anatomia comparata — siano soppressi: difatti le nozioni indispensabili di botanica potrebbero essere impartite nel corso di farmacologia e tossicologia, e in sostituzione dei singoli corsi testè nominati basterebbe uno generale di « biologia », come già si è approvato in Austria.

Il timore che lo spirito scientifico venga a soffrire da queste riduzioni deriva una sopravalutazione del sapere teoretico; d'altra parte la capacità cerebrale dello studente non cresce parallelamente al poderoso sviluppo delle scienze: nel redigere i programmi sarà giocoforza di tenere presente la limitazine funzionale della sostanza corticale...

Anche i corsi di anatomia e di fisiologia hanno oggi uno sviluppo eccessivo.

In queste due discipline, la tendenza dei tedeschi a compiere studi « fondamentali » celebra vere orgie; ma subito dopo gli esami, la maggior parte di quelle nozioni troppo minute, necessariamente appiccicaticce, va perduta. Non è da svalutare l'utilità delle esercitazioni di anatomia e di fisiologia; ma il tempo che assorbono va sottratto ad altri insegnamenti forse più utili; quindi bisogna guardarsi dall'eccedere.

Conviene, invece, di mettere per tempo lo studente a contatto con i malati: fargli rilevare al più presto l'utilità pratica delle nozioni che gli s'impartiscono. Perciò l'assistenza ai malati potrebbe essergli appresa subito.

Risponderebbe ad un bisogno effettivo l'insegnamento della filosofia e della psicologia. Lo studente in medicina, come ha rilevato anche lo Ziehen, deve mantenersi in rapporto con l'*universitas literarum,* deve essere familiarizzato con la dottrina della conoscenza e con la logica, deve coltivare il senso etico, perchè è importante che egli sappia *penetrare nell'anima dei malati.*

All'inizio degli studi medici sarebbe anche raccomandabile un rapido sguardo alla storia della medicina: esso varrebbe a chiarire ed a far intendere meglio lo stato attuale delle nostre cognizioni. Gioverebbe, eventualmente, anche un breve corso di scienza statale, poichè oggi la medicina assume caratteri sempre più decisamente sociali.

Pertanto, il primo periodo — o periodo *preclinico* — degli studi medici comprenderebbe i seguenti insegnamenti: chimica e fisica per medici, biologia generale, anatomia e fisiologia ristrette a nozioni generali e con esercitazioni ridotte, filosofia e specialmente psicologia, storia della medicina, scienza sociale; esso avrebbe la durata di due semestri.

Seguirebbe un periodo *propedeutico*, nel quale s'insegnerebbero l'anatomia normale, la fisiologia, la patologia generale, l'anatomia patologica, la semiotica o diagnostica generale, la farmacologia e terapia generale. Accanto all'anatomia patologica, sarebbe tempo d'istituire anche un insegnamento di fisiologia patologica, che oggi è contenuta a disagio nella patologia generale. Inoltre bisognerebbe fare un posto a sè alla batteriologia ed immunologia, in vista dell'importanza che queste discipline hanno assunto in tutta la medicina e per evitare ripetizioni in più corsi.

Alla fine del periodo propedeutico, che durerebbe due semestri, dovrebbe aver luogo un esame rigoroso, così da eliminare definitivamente gl'incapaci.

All'insegnamento *clinico* in senso stretto rimarrebbero destinati gli altri sei semestri. Questo insegnamento dovrebbe diventare più pratico e tendere al tipo seminaristico; le lezioni dovrebbero essere sempre accompagnate da dimostrazioni; per ogni semestre, un paio di mesi andrebbero trascorsi nelle cliniche o policliniche principali o in ospedali generali, comunali o privati, debitamente autorizati; i brevi periodi di ferie, invece, verrebbero trascorsi nelle cliniche accessorie.

Un ultimo semestre, l'undecimo — *semestre complementare* — verrebbe consacrato all'igiene (molto semplificata), alla medicina legale (con riguardo speciale all'infortunistica, alla legislazione e giurisprudenza, alla deontologia medica), alla medicina ed igiene sociali (con riguardo speciale alla medicina d'assicurazione ed alla pratica amministrativa).

Il corso di medicina e igiene sociali è già stato richiesto da molte facoltà mediche della Germania e dell'Austria.

Si è proposto più volte di sopprimere l'*anno pratico* e di allungare, invece, di due semestri l'insegnamento clinico. Ma tale proposta parte da false premesse: non si tratta di *estendere* l'insegnamento, bensì di far impratichire i nuovi medici, di far acquistare loro la sicurezza e il dominio di sè di fronte al malato, di conferire loro l'attitudine ad affrontare le responsabilità.

Fin'ora l'anno pratico è stato organizzato male; ma si potrà provvedere a migliorarne il rendimento: sarebbe illogico di sopprimerlo.

Infine, l'esame di dottorato (che in Germania può seguire o no a quello di medicina) dovrebbe esser reso più serio

Concludendo, l'O. proporrebbe di estendere l'insegnamento teorico, ma di sfrondarlo di tutte le nozioni superflue e ingombranti e di migliorare l'insegnamento pratico. Questo còmpito dorebbe essere devoluto ad una commissione di cui facessero parte medici pratici e studenti. Le nuove disposizioni dovrebbero valere per tutte le scuole mediche della Repubblica tedesca.

FISCHER (Francoforte s. M.). — Le proposte del relatore sono in massima parte inattuabili; se pure fossero traducibili in pratica, non condurrebbero allo scopo cui mirano. Lo studente di medicina non deve perdere il contatto con la scienza, poichè la medicina assume sempre più caratteri e dignità scientifiche. D'altra parte, la ipertrofia dell'insegnamento pratico porterebbe anch'esso a sopraffaticare lo studente — sia pure sotto altra forma.

Non dimentichiamo che lo studente è un essere umano; che, pertanto, egli non può impiegare tutto il suo tempo a studiare e ad esercitarsi in scuola: egli deve praticare lo sport, deve divagarsi, deve poter studiare a suo agio a casa ecc. L'insegnamento seminaristico sarebbe certo molto utile; ma per le specialità non è necessario, nè attuabile. L'anno pratico si è dimostrato del tutto inutile: non serve che a far conferire un nuovo diploma: potrà essere sostituito con vantaggio ed economia dall'insegnamento pratico a tipo seminaristico praticato durante le ferie. Non è possibile la distinzione in un corso propedeutico ed uno clinico propriamente detto. Raccomandabile è la proposta già avanzata da Kerschensteiner, d'istituire un corso d'infermeria nel periodo preparatorio. Si dovrebbe provvedere a far studiare i non abbienti volenterosi, stipendiandoli.

La Lega Medica di Francoforte ha approvato una serie di proposte formulate dall'O. e che possono così riassumersi: mantenere l'insegnamento teorico attuale, ma migliorare la preparazione pratica e tecnica; l'insegnamento medico sia a base scientifica: anzi vengano stabiliti rapporti intimi tra la facoltà medica e quella di scienze naturali, riorganizzata.

L'insegnamento dell'anatomia sia semplificato e le esercitazioni relative limitate ad un semestre invernale; l'insegnamento della farmacologia venga integrato da quello di terapia; si aggiungano: la filosofia, la psicologia, la fisiologia patologica, la medicina ed igiene sociale, l'etica medica (deontologia), la scienza di Stato.

I corsi siano svolti in modo completo ed armonico, non mai ristretti a qualche capitolo. Non si dovrebbero superare le 30 ore d'insegnamento settimanali. La durata del corso sia portata da 10 semestri (com'è attualmente) a 12, dei quali 5 verrebbero assorbiti dall'insegnamento preparatorio e 7 consacrati all'insegnamento clinico in senso stretto; il corso preliminare comporterebbe due esami: uno di scienze naturali alla fine del 2° semestre, ed uno in anatomia, fisiologia, patologia generale e psicologia alla fine del 5° semestre; quello clinico altri due esami: uno sui fondamenti della medicina clinica e le principali cliniche alla fine del 9° semestre, ed uno sulle discipline speciali alla fine del 12°; l'anno pratico verrebbe soppresso, e l'insegnamento relativo impartito durante le ferie, in qualsiasi ospedale: per 3 mesi prima della prova preliminare (ossia durante il periodo pre-clinico) e per 10 mesi prima della prova finale (ossia durante il periodo clinico): di questi ultimi, 4 sarebbero destinati alla medicina interna, 4 alla chirurgia e 2 all'ostetricia. Se si vuole mantenere l'anno pratico, vengano conferite ai praticanti le mansioni, i diritti e il titolo di « assistenti di clinica ». Si richieda un maggior rigore negli esami, così da

operare una efficace selezione ». Le commissioni di esame siano collegiali: in quelle per le scienze naturali siano rappresentati i professori di medicina ed in quelle di medicina i medici pratici, così da rendere possibile un controllo sullo svolgimento del programma, il quale dovrebbe essere sempre indirizzato ai fini delle applicazioni pratiche prossime e remote.

SADERMANN (Marburgo). — La pratica dimostra che il medico dev'essere un artista e non soltanto un tecnico. L'insegnamento scientifico, però, è indispensabile. Pertanto converrebbe di allungare il corso: l'11° semestre complementare, proposto da Schwalbe, non basta ancora.

KORMANN (Lipsia). — Dopo che sono state spalancate le porte della facoltà medica ai giovani che provengono dal corso tecnico, si è accentuata troppo la tendenza dell'insegnamento medico verso le scienze naturali. Tanto più ha ragione il prof. Schwalbe nel rilevare l'importanza delle *discipline dello spirito* per formare il medico e nel volere che un « Collegium philosophorum » stia all'ingresso della medicina.

I nostri predecessori erano *medici delle anime*: basti ricordare gli scritti di Hufeland o le « Ore della solitudine » di Zimmermann; il popolo pendeva dalle loro labbra, mentre oggi si affida molto volentieri ai ciarlatani, che sanno convincerlo meglio degli scienziati.

SCHÄFER (Hamborn). — Dobbiamo contrastare con tutta l'energia la limitazione dell'insegnamento anatomico. Oggi la piccola chirurgia non viene esercitata dalla generalità dei medici, perchè, malgrado tutto, quell'insegnamento è manchevolissimo.

Bisognerebbe curare in specie la anatomia topografica.

EICHELBERG (Hedemünden). — Il prof. Fischer ha affermato delle verità inoppugnabili. Le commissioni esaminatrici dovrebbero comprendere anche medici pratici o d'ospedale.

HEUBNER (Gottinga). — Bisognerebbe evitare di allungare di molto la durata degli studi: 11 semestri dovrebbero assolutamente bastare, con 35-40 ore la settimana, le quali vengono tollerate senza fatica.

HELLFRACH (Karlsruhe). — Il problema consiste nell'aumentare *il potere* del futuro medico. Questo compito spetta prevalentemente ai clinici, i quali però oggi hanno troppi altri còmpiti: per es. vengono assorbiti dalla pratica privata; quindi essi affidano l'insegnamento a sostituiti, per lo più giovani non bene trenati, e ne scapita l'efficienza e la freschezza dell'insegnamento; non solo, ma viene perduto il contatto immediato dei clinici con i loro giovani allievi.

L'O. propone che le riforme vengano elaborate e concretate col concorso di medici pratici e di studenti dell'ultimo semestre.

KERSCHENSTEINER (Berlino). — Pur troppo il livello dei professori universitari si deprime sempre più, e ne scapita tutto l'insegnamento. Cinque mesi di ferie all'anno sono indispensabili per i professori; ma non lo sono per gli studenti, ai quali bastano un paio di mesi. Gli studi preparatorî sono oggi troppo esclusivamente naturalistici: andrebbe bene di consacrare almeno 6 settimane anche all'assistenza infermiera, la quale conferirebbe amore pei malati e rafforzerebbe la predilezione per la professione medica. L'insegnamento della filosofia potrebbe essere riservato all'ultimo anno delle scuole medie, invece di sovraccaricarne gli studenti di medicina.

SACHS (Breslavia). — È d'accordo con Fischer. La valutazione della capacità tecnica del medico non deve andare a scapito dell'importanza che spetta alla sua preparazione scientifica, che per solito è insufficiente. Per altro, una buona preparazione in chimica, fisica e scienze naturali, fatta nelle scuole medie, risparmierebbe tempo allo studente di medicina; quanto alle conoscenze di psicologia, si ha opportunità di formarsele nell'esercizio pratico, meglio che a scuola. Crede che l'eccesso di lavoro imposto agli studenti porti, tra l'altro, a disertare i corsi dei docenti privati, mentre i corsi degli insegnanti ufficiali sono troppo affollati.

PEYSER (Berlino). — Rileva l'importanza della medicina sociale. Per il momento non si saprebbe dove prendere gl'insegnanti; ma in passato accadde lo stesso per altre discipline, compresa l'anatomia patologica. Tra i medici pratici ve ne sono di quelli idonei ad assumere questo insegnamento.

GOETZ (Lipsia). — Vorrebbe che il perfezionamento dei neo-diplomati fosse compiuto presso i medici pratici, come era un tempo, e non soppresso, come propone il Fischer. Crede che 5 mesi di ferie siano troppi anche per i professori.

FISCHER risponde ai vari oratori. Non è da svalutare l'insegnamento dell'anatomia, ma oggi i medici sanno tanto poco di anatomia, perchè se ne insegna troppa: nell'esecuzione delle autopsie si rileva che molti medici non conoscono neppure la posizione degli organi! L'università non può dare medici finiti: è utopistico pensarlo; i medici neo diplomati incorreranno sempre, inevitabilmente, in errori: si perfezioneranno nell'esercizio pratico a spese proprie e dei malati. Assegnare i praticanti ai singoli medici pratici, significherebbe creare attriti e avvelenare molti rapporti professionali. Dei cinque mesi di ferie è molto se i professori riescono a profittare di quattro settimane per un riposo effettivo: non

gli sembra troppo. Di fronte alla divergenza di vedute manifestatasi in questa discussione, sarebbe spiacevole che la Dieta decidesse di..... non decidere.

GOETZ obbietta che gli attriti cui accenna il Fischer potrebbero evitarsi.

SCHWALBE chiude la discussione, insistendo sulla convenienza di eliminare la *zavorra scientifica*. Le lezioni cliniche sono meno affaticanti di quelle teoriche: quindi il Fischer è fuori di strada nel temere un eccesso di ore d'insegnamento.

Riconosce che non sarebbe male di *fare la pratica* durante i semestri di studio. Conviene che l'anno pratico non deve avere il solo scopo di conferire un titolo di più. Ha già dichiarato di non essere alieno che vengano sentiti gli studenti sulle riforme da attuare.

***

In esito alla discussione, la Dieta approva due proposizioni del Fischer, le quali stabiliscono che, senza ridurre le conoscenze teoriche attuali, si devono estendere ed approfondire quelle pratiche e tecniche; che il corso dev'essere portato da 10 a 12 semestri, dei quali 5 pel periodo preclinico e 7 per quello clinico; che, in compenso, venga abbandonato l'anno pratico.

R. B.

NOTIZIE DIVERSE.

I funerali del prof Enrico Morelli.

Il 15 corr. ebbero luogo i funerali del compianto comm. prof. Enrico Morelli, strappato in ancor valida età all'insegnamento, alla professione, alla sua attività scientifica ed editoriale.

Seguivano il feretro colleghi, amici ed estimatori in gran numero, e molte e belle erano le corone.

Il corteo dalla Clinica Pampersi a via degli Scipioni si svolse fino a piazza Cavour, dove furono pronunziati commossi discorsi dal professor Canti per gli insegnanti, dal prof. Ascoli per i medici, dal comm. Zappelloni per l'Istituto nazionale per l'incremento degli studi di ragioneria del quale il compianto prof. Morelli era presidente, dal comm. Alberto Pavoni per tutti i ragionieri italiani, e dall'avv. Colucci.

Il cav. Luigi Pozzi, che fu per oltre trent'anni collaboratore del prof. Morelli in tutta la sua multiforme attività editoriale e che gli è subentrato quale editore del *Policlinico*, disse della bontà e delle virtù inestimabili dell'estinto.

Il prof. De Amicis si ritira dall'insegnamento.

Il prof. Tommaso De Amicis, avendo raggiunto l'età di 80 anni, lascia la cattedra di clinica dermosifilopatica presso l'Università di Napoli, della quale fu lustrio e decoro per un quarantennio.

Era stato confermato a vita per le sue alte benemerenze scientifiche.

All'insigne Clinico inviamo l'augurio cordiale che egli sia conservato a lungo all'ammirazione ed all'affetto della classe medica e del Paese.

A succedergli è stato chiamato il prof. Rodolfo Stanziale.

XVII Congresso della Società italiana di laringologia, d'otologia e di rinologia.

Il XVII Congresso sociale avrà luogo in Trieste redenta nei giorni 8, 9, 10 aprile. La scelta della nobilissima sede contribuirà a rendere più solenne ed affollato il convegno. I temi di discussione generale sono i seguenti:

1. La laringe nelle affezioni del sistema nervoso cerebro spinale. Relazione del prof. G. Bi[illegible];

2. L'esperienza ricavata dal servizio oto-rino-laringologico di guerra dal punto di vista scientifico e pratico (una succinta relazione sintetica del prof. G. Gradenigo servirà di introduzione alla discussione).

Si prega d'inviare nel più breve tempo alla presidenza (dott. F. Putelli, Venezia, Calle Ridotto, n. 1389) i titoli delle comunicazioni scientifiche che si intendessero svolgere.

***

Chi avesse intenzione di presentare qualche nuovo socio ordinario, voglia far pervenire subito al presidente della Commissione esaminatrice delle domande di ammissione prof. V. Grazzi (Firenze, Borgo dei Greci, 19) la sua proposta, corredata anche della firma di un secondo socio (art. 4 del nostro Statuto) ed insieme i titoli scientifici e pratici del candidato.

Le Associazioni antitubercolari a Congresso.

La Presidenza della Federazione italiana delle Opere Antitubercolari comunica che il 5° Congresso Nazionale sarà tenuto in autunno a Trieste.

Le adesioni per la partecipazione si ricevono alla Segreteria in Milano, Via S. Maria Fulcorina, 20.

VI Congresso di medicina ferroviaria a Milano.

Dal 10 al 13 giugno 1920 avrà luogo a Milano il VI congresso nazionale di Medicina Ferroviaria. I temi che saranno illustrati e discussi sono i seguenti:

1° Lesioni muscolari da sforzo. (Rel. prof. E. Burci, Firenze).

2° Infortuni e malattie in rapporto con affaticamenti. (Rel. prof. L. Devoto, Milano).

3° Influenza delle alte temperature sull'organismo del lavoratore. (Rel. prof. E. Tedeschi, Genova).

4° Fattori meteorologici ed apparato cardiovascolare. (Rel. prof. L. Preti, Milano).

I medici ferroviari che hanno raccolto dati interessanti e nuovi su questi argomenti, sono invitati a portarli alle discussioni del Congresso o comunicarli ai relatori.

Sono ammesse alle trattazioni del Congresso comunicazioni attinenti la medicina ferroviaria,

quando abbiano carattere di originalità e di attualità. Insieme al titolo dovrà essere inviato un breve riassunto della comunicazione al Segretario Generale del Congresso, dott. D. Ferrari.

Una delle sedute del Congresso sarà riservata alla trattazione d'interessi professionali.

La quota di iscrizione per tutti i partecipanti al Congresso è fissata in lire 20 e deve essere rimessa al più presto al Cassiere del Comitato esecutivo, che ha la sua sede nella stazione Centrale di Milano.

Primo Congresso Nazionale per le industrie sanitarie.

Il Congresso per le industrie sanitarie italiane che erasi dapprima concepito come « Congresso per l'incremento e la difesa della industria chimico-farmaceutica italiana »), avrà luogo nella seconda metà del prossimo aprile, in Milano, contemporaneamente ad una grande Mostra delle industrie sanitarie, la quale a sua volta sarà parte della Fiera campionaria internazionale, sotto l'alto patronato di S. M. il Re.

Il Congresso comprenderà tre principali Sezioni, e cioè:

A) *Sezione chimico-farmaceutica,* nella quale si discuteranno i multipli ed importantissimi problemi della produzione e della affermazione (eventualmente anche del controllo) dei medicinali, nonchè tutte le questioni che, sia dal punto di vista scientifico come dal punto di vista industriale, si collegano alla produzione chimico-farmaceutica italiana.

B) *Sezione di idrologia e terapia fisica,* in tutte le svariatissime suddivisioni sotto cui, specialmente la terapia fisica, va considerata.

C) *Sezione di strumenti ed apparati d'uso medico-chirurgico e scientifico,* pei quali pure in Italia si può fare immensamente di più di quanto non siasi fatto finora.

Questo Congresso, chiamando per la prima volta ad uno scambio di idee professori universitarii ed industriali, ed insieme tutte le classi sanitarie, potrà senza dubbio dar luogo ad utilissimi dibattiti, ed a concrete affermazioni, per lo sviluppo delle nostre industrie sanitarie.

Le « relazioni » che già furono affidate a gruppi di relatori sono mantenute. Per le nuove si preferirà di affidarle possibilmente ciascuna ad una sola persona, essendosi questo sistema mostrato più pratico, più sollecito, ed in generale più accetto.

Ben si comprende come il campo delle industrie sanitarie, quelle cioè a cui il Congresso si riferisce, sia molto vasto.

È bene tener presente come le « industrie sanitarie » non formano un gruppo a sè; ma esse sono parte integrante, e in qualche caso prevalente, di tutte le grandi industrie.

Delle grandi industrie chimiche, sono industrie sanitarie quelle applicate alla fabbricazione di tutti i medicinali, dei disinfettanti, dei reagenti per ricerche cliniche, igieniche, batteriologiche, ecc.

Delle grandi industrie meccaniche rientra direttamente fra le industrie sanitarie la parte applicata alla costruzione di apparati per disinfezioni, per bagni, docce, per lavanderie, per incenerimento di immondizie, ecc., nonchè per le applicazioni svariate della meccanoterapia e della fisicoterapia in senso lato.

Delle industrie alimentari sarebbe a desiderarsi che « tutte » si potessero considerare « industrie sanitarie », vale a dire che, pur senza servire direttamente alla alimentazione dell' ammalato, esse subissero il controllo, o accettassero i consigli del mondo medico, fossero in una parola, inspirate sempre al concetto igienico.

Sarà bene pertanto che questo Congresso chiami a raccolta tutte le forze vive e fattive del Paese, gli uomini di scienza e gli industriali, il mondo medico e il chimico-farmaceutico, tutti, in una parola, coloro che hanno parte diretta, o indiretta, nel produrre o nell'utilizzare lo svariatissimo materiale suaccennato, di pertinenza sanitaria. Sopratutto sarà importante (e basterebbe questo a giustificare il Congresso) il fatto che per la prima volta si mettono le basi di una intesa e cordiale ed aperta per una organizzazione che in Italia è mancata finora e per la soluzione in comune di problemi multipli e multiformi che riguardano ad un tempo lo Stato da una parte e tutte le suaccennate classi (uomini di scienza, industriali, medici, chimico-farmacisti, veterinari, ecc.) dall'altra; riguardano, generalizzando, tutta la nazione.

Corso di perfezionamento per medici in Igiene e Medicina legale del lavoro.

Nell'anno scolastico corrente 1919-1920 presso gl'Istituti di Medicina Legale e di Igiene della R. Università di Roma si svolgerà un corso trimestrale di perfezionamento in *Igiene e medicina legale del lavoro* per i laureati in medicina e chirurgia.

Tale corso si propone di avviare i medici alle applicazioni delle leggi vigenti riguardanti « la protezione e l'assitenza dei lavoratori e le assicurazioni sociali ».

Saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

1) Igiene generale del lavoro (prof. V. Puntoni).

2) Igiene industriale, legislazione del lavoro ed assistenza sociale (prof. G. Loriga).

3) Malattie professionali (prof. Carozzi).

4) Traumatologia applicata agli infortuni (prof. S. Diez).

5) Medicina legale generale del lavoro (professor A. Ascarelli).

6) Infortunistica medico-legale e assistenza all'operaio infortunato (prof. S. Ottolenghi).

Si faranno dimostrazioni pratiche e esercitazioni presso ambo gli Istituti.

Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame, riceveranno un diploma di perfezionamento.

Nell'attesa della autorizzazione da parte degli Uffici competenti del sovradescritto programma già approvato dall'on. Facoltà Medica di Roma, si riceveranno le prenotazioni alle iscrizioni al detto corso presso l'Istituto di Medicina Legale (Isola Tiberina, 21). Le iscrizioni saranno rese definitive quando la Segreteria universitaria sarà autorizzata ad accettare le domande secondo il vigente Regolamento universitario.

Le tasse per questo corso saranno identiche a quelle degli altri corsi pratici di perfezionamento.

Le lezioni avranno principio nella prima quindicina di marzo.

All'Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Nella seduta di gennaio hanno avuto luogo le elezioni dell'ufficio di Presidenza di questa Accademia per il biennio 1920-1921; sono risultati eletti con unanime votazione i signori:

Prof. Giuseppe Barbieri, presidente; prof. Ferdinando Vaccari, vice-presidente; dott. Emilio Padovani, segretario; dott. Nando Bennati, vice-segretario; dott. Giovanni Pistocchi, bibliotecario; dott. Ciro Monduni, cassiere; prof. Augusto Giannelli, prof. Filippo Calzolari, consiglieri.

L'encefalite letargica all'Accademia di Medicina a Parigi.

L'Accademia di medicina di Parigi si è occupata dell'encefalite letargica. Fecero comunicazioni fra gli altri: Netter, Achard, illustrando i casi osservati; vennero discusse anche l'eziologia, l'anatomia patologica, la cura e la profilassi.

Nel giornalismo medico.

L'on. prof. Michele Pietravalle ha assunto la direzione de « Il Mondo Medico », rivista mensile di scienze mediche e d'igiene sociale fondata dal dott. Gallo Ruffo, che si pubblica a Roma. Auguri.

Per l'infanzia anormale.

Il Ministro della P. I. ha disposto perchè si prepari un assetto legislativo completo sull'educazione ed istruzione dell'infanzia anormale, coordinando tutti gli elementi che risultano dagli studi o dalla esperienza di scienziati e filantropi e raccogliendone di nuovi.

La Facoltà Medica di Lione è stata colpita da un grave lutto: la perdita del prof. RAFFAELE LÉPINE, che dal 1877 al 1910 vi diresse la Clinica medica e che alla Facoltà continuava ad essere legato da rapporti di affetto e di frequenza.

Aveva rifiutato l'offerta della Facoltà di Parigi, per rimanere nella sua città natale.

Fu uno dei primi a dimostrare l'utilità di una alleanza tra la clinica e l'esperimento. In un'epoca in cui il clinico pensava anatomicamente, egli insegnò, nella sua scuola, a pensare fisiologicamente.

Numerosissime sono le sue investigazioni. Descrisse per primo gli spazi perivascolari dei centri nervosi; scoprì i centri vaso-motori cerebrali; scoprì i nervi vaso-dilabatori della lingua; compì interessanti studi divenuti classici sulla pneumonite caseosa, sulle anemie, sulle malattie renali, su numerosi rimedi, dalla digitale alla terpina, dalla cocaina al sulfonal.

Ma l'opera sovrana di Lépine è data dai suoi studi magistrali sul diabete e le glicosurie; essi sono raccolti nel suo libro *Le diabète sucré*, comparso lo scorso anno. La sua scoperta dello zucchero « virtuale » o combinato del sangue, è di un'importanza fondamentale; i suoi studi sulla glicolisi hanno contribuito a chiarire la patogenesi, così oscura, del diabete. I suoi lavori in questo campo vedranno la sua luce in un volume attualmente in corso di stampa, *Le sucre du sang*.

Egli fondò con Charcot e Vulpian la *Revue de Médecine*; con Charcot gli *Archives de Médecine expérimentale*.

Per quaranta anni, alla sua clinica all'Hôtel-Dieu di Lione, interrogò pazientemente la sofferenza umana. E lasciò nuovi mezzi per alleviarla.

Contava 79 anni. G. H.

Il giorno 11 in Cellotica, dov'era da un ventennio medico condotto, decedeva nell'età di 56 anni per setticemia contratta in servizio il capitano medico cav. FRANCO PERSONI. Diede egli prova della sua esuberante attività quale segretario della locale sezione dell'A. N. M. C., quale membro dell'O. M. della provincia ed in molteplici contingenze d'interesse professionale.

Bresciano puro sangue, fu ricco di energia e di cuore, prodigo di consigli e di aiuti.

Io, che molto al Personi debbo, partecipo sentitamente allo strazio dei famigliari, al cordoglio dei colleghi ed amici numerosi, e mando commosso alla sua memoria un fiore e una lagrima.

15 gennaio 1920. G. L. G.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXVII Roma, 23 febbraio 1920 Fasc. 8.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Sulla piastrinosi

per il prof. RINALDO MARCHESINI,
docente di istologia e di tecnica microscopica
nella R. Università di Roma.

L'elemento messo in vista la prima volta dal Bizzozzero (1881) nel sangue e da lui denominato *piastrina*, ha dato luogo ad una serie immensa di lavori scientifici sia per accertarne l'esistenza, come un nuovo elemento del sangue, sia per stabilirne la vera funzione, sia per rintracciarne l'origine.

Le divergenze oggi non sono più sull'esistenza, riconosciuta ormai da tutti gli autori, ma solo se debbono considerarsi le piastrine come un elemento nuovo del sangue, secondo le vedute del Bizzozero, ed in tal caso quale ne sia la loro vera origine. Si è così da alcuni ammessa un'origine leucocitaria, da altri un'orgine endoteliale, da altri un'origine ematica dai corpuscoli rossi in circolo, e da altri infine un'origine midollare, ai quali fa capo Wright che ne ammette un'origine megacariocitica. Le mie osservazioni precedenti (1) mi avevano di già fatto ritenere che le piastrine dovessero riguardarsi di origine ematica e più precisamente dai corpuscoli rossi in circolo. Questo apprezzamento trovava in me convinzione dall'avvenire della pronta coagulazione del sangue all'uscita dei vasi, manifestandosi con celerità istantanea per l'alterarsi in buona parte degli elementi stessi che fuoriuscivano.

Ritornando ancora oggi su questo argomento ho voluto cimentare il sangue con altri metodi di ricerca, che in questa nota preventiva enuncerò solamente, per darne poi a suo tempo una esposizione dettagliata; metodi che a me sembra debbano avere un grande interesse per la spiegazione sul modo come si possono originare le piastrine dalle cellule ematiche. Accennerò ai fatti osservati.

(1) R. MARCHESINI. *Sulla natura del sangue clorotico e sulla causa che lo determina.* « La clinica medica italiana », n. 10, anno 1899.

R. MARCHESINI. *Sulla presenza e persistenza del nucleo negli eritrociti dei mammiferi adulti.* Nella memoria in onore del prof. LUCIANI, 1900, Soc. Ed. It. Lib.

R. MARCHESINI. *Eritroblasti e piastrine,* « Gior. Med. » di Roma, 1900.

Se noi ci facciamo a saggiare il sangue a contatto di soluzioni di acido osmico all'1 %, di emostatici, di estratto acquoso di sanguisuga, ottenuto per trituramento su mortaio, o di semplice acqua distillata, sole o con l'aggiunta di liquidi colorati (bleu di mitilene Loefler, soluzione bleu Manson, soluzione Giemsa), potremmo assistere ai seguenti fatti:

Vedremo anzitutto che o per modificazione di forma o per assunzione di gradi diversi di colorazione, ci si presenteranno tre varietà di globuli rossi, che già da ora potremmo distinguere in forme *labili*, in forme *semilabili*, in forme *stabili*.

Di forma *labile* sono quelle emazie che, perduta celeremente la parte sarcodica del loro protoplasma, sotto forma di granuli, vanno poi man mano rimpicciolendosi fino ad assumere la grandezza di una piastrina. Molte però di queste piccole emazie diventano talmente trasparenti da non essere più riconoscibili nelle soluzioni non colorate, e nelle soluzioni colorate si veggono o ridotte a fini granuli o capaci di mettersi in vista assumendo una debolissima colorazione.

Le emazie *semilabili* sono le minori per numero che si riscontrano in tutto il preparato, confuse con la stragrande quantità delle emazie ancora ben conservate.

Esse si distinguono rimanendo pure della grandezza normale, per l'aspetto granuloso che assumono nelle soluzioni incolori e per la facile e forte assunzione di colore nelle soluzioni colorate, nel mentre che il resto maggiore delle emazie rimane incolore. Con l'andare del tempo modificano la loro figura, perchè la sostanza colorante si rapprende nel globulo e vi appare sotto forma granulo-filamentosa.

Le emazie *stabili* che sono in maggior numero nella goccia del sangue in esame, resistono nella loro forma e struttura e si mostrano refrattarie in primo tempo a qualunque colorazione.

Se l'osservazione si protrae si vedranno le emazie labili aggrupparsi in qualche punto dove esista uno o più leucociti e dare così senz'altro l'apparenza di cumuli di piastrine, nel mentre che l'emazie semilabili sparse qua e là vanno assumendo fortemente il colore della tinta; e quelle *stabili* rimanendo sul primo perfettamente incolore aderiscono tra di loro in direzione del centro coagulativo senza molto modificarsi.

Facendo attenzione partitamente alle singole soluzioni adoperate si osserverà che le emazie a contatto di *liquidi emostatici* molte di esse tendono subito a raggrinzirsi emettendo granuli e rimpicciolendosi rapidamente, emazie *labili*, fino alla grandezza di una usuale piastrina.

Con la *soluzione osmica* avviene un disgregamento di molte delle emazie che assumono forme di ammassi di pulviscolo a ridosso del quale rimane il resto maggiore delle emazie — *emazie stabili* — bene conservate e che si vanno a mano a mano disponendo a ridosso dei centri già formatisi; ed avvenuto il coagulo tutto l'insieme assume l'aspetto di un taglio di lobi epatici con punti centrali granulosi a irradiazioni periferiche, costituiti dalle emazie resistenti che si accavigliano tra di loro. Poi le cellule normali che costituiscono i raggi del lobulo si emolizzano in parte e ne mostrano più caratteristica la figura.

Con l'acqua distillata si può assistere alle medesime modificazioni, fino a che la piccola goccia di sangue si coagula ed allora anche in questo caso si ha l'aspetto grossolano di tagli di lobi epatici, che appaiono più ristretti perchè meno emolizzati.

Con *l'estratto di sanguisuga* si assiste ad un fatto diverso, poichè avvenendo pure le modificazioni accennate sulla goccia di sangue, quello di differente che accade è dato da una specie di agglutinazione delle emazie *stabili* a ridosso dei centri coagulativi; ben diversa della semplice coagulazione per la disposizione varia che assumono le emazie *stabili* le quali, come si può scorgere, non obbediscono ad una legge di orientamento come avviene nella coagulazione, ma si aggruppano variamente come appunto può accadere per un fatto di agglutinazione. Passato poi un poco di tempo le emazie agglutinate tornano in buona parte a rendersi libere e nel centro dell'agglutinamento si scoprono allora dei leucociti e un numero rilevante di piastrine. Evidentemente è dovuta avvenire un digestione rapida delle emazie *labili* e dell'iniziale formazione di fibrina che allo stato di formazione ha offerto minore resistenza ai succhi dell'estratto di sanguisuga, la quale come da mio lavoro in proposto (1), offre un fermento digestivo che si deve rassomigliare a quello del pancreas degli animali superiori.

Questa pronta digestione della fibrina neoformata ridarebbe la libertà alle emazie *stabili*, liberatisi dal reticolato fibrinoso, e spiegherebbe così la ragione perchè il sangue succhiato dalle sanguisughe, fatto rimettere, abbia poi l'apparenza di non avere subito l'atto della coagulazione nell'interno del corpo della sanguisuga.

Questo fatto verrebbe, nel caso attuale, anche confermato, dacchè in prosieguo di tempo nella goccia di sangue messa a contatto dell'estratto acquoso di sanguisuga non si arriva mai a scorgere la disposizione di coagulo che si può riscontrare come abbiamo visto sia a contatto di

(1) R. MARCHESINI. *Organi digerenti e digestione nelle sanguisughe.* « Spallanzani », Roma, 1884-85.

una goccia di acido osmico 1 %, sia a contatto di emostatici, sia con la semplice acqua distillata. Le emazie in questo caso in luogo di orientarsi e formare piccoli coaguli, vanno, dopo l'agglutinazione avvenuta, sempre più a rendersi libere e indipendenti in tutto il preparato.

Se noi ci facciamo ora ad esaminare le emazie di cavia, *il cui sangue sia stato defibrinato* alla maniera che si procede per la reazione Wasserman, trattandolo coi medesimi metodi sopra descritti, noi non vi riscontreremmo più le *emazie labili*, se non una la tenuissima misura e vi riscontreremmo invece le *semilabili* e le *stabili*. Con le soluzioni colorate si può rilevare che vi è un maggior numero delle emazie *semilabili*, in confronto del medesimo sangue non defibrinato, ed anche che queste vanno mano mano sempre più aumentando, come la osservazione sullo stesso sangue defibrinato si vada ripetendo di giorno in giorno successivo. Queste *emazie semilabili* che si differenziano, perchè assumono fortemente il colore della soluzione colorata, vanno prendendo in prosieguo di tempo un'apparenza granulosa, fino a trasformarsi nel loro interno in una sostanza d'apparenza granulo-filamentosa. Starebbero a dimostrare queste emazie che l'apparenza della sostanza granulo-filamentosa sia un indizio di una degenerazione più lenta e graduale del globulo che si avvicina così alla distruzione, meno rapida cioè di quello che avvenga per le emazie *labili?*

Va notato inoltre che questo sangue defibrinato non tende a coagularsi cme il sangue normale, assoggettandolo pure alle medesime manipolazioni, avendo, come abbiamo visto, per la defibrinizazione prodotta, eliminata quella parte di emazie *labili* che ne sono la vera origine.

È bene mettere in evidenza fin d'ora anche che in tutte queste osservazioni che abbiamo fatto i globuli bianchi si mostrano più o meno bene conservati, e che il loro ufficio essenzialissimo in rapporto alla coagulazione, sia quello di costituire dei punti d'attrazione e di fermata alle piastrine derivate dalla distruzione rapida delle emazie *labili*.

***

Una conferma dei fatti osservati ed anche con maggiori dettagli, per la grandezza e costituzione delle emazie, possiamo averla se ci facciamo a ripetere le stesse esperienze sopra gocce di sangue di rana o di pollo, ove le emazie si presentano molto più grandi e nucleate.

Anche in questi sangui d'animali noi possiamo notare specie diverse di emazie che potremo caratterizzare anche esse sotto il nome di *labili semilabili, stabili*.

Con le miscele colorate le *emazie labili* mostrano istantaneamente il loro nculeo colorato, nel mentre che la maggioranza delle emazie non ne assume ancora; e se si osserva una piccola goccia di sangue dove le emazie tutte non diano luogo a soprapposizione, ma rimangano libere nel campo microscopico, potremo vedere che nelle emazie *labili* il protoplasma, che pure si colora, tende ad uscire dall'ovulare ematico sotto forma di bolle sarcidiche, nel mentre che la colorazione del nucleo si fa più manifesta e del protoplasma poi non rimane che uno strato granuloso. Scomparendo anche la sostanza granulosa del protoplasma, l'emazia rimane allora con il nucleo fortemente colorato e un alone chiaro che indica ancora i limiti della emazia intera, poi scompare anche essa e non restano che i nuclei.

Queste *emazie labili* sono quelle che, rese più leggiere da perdita di buona parte del loro protoplasma, sornuotando sulle altre e vanno a fermarsi dove incontrano un leucocito che le impiglia, e si iniziano così i primi centri di coagulazione i cui nuclei resi liberi ne costituiscono le piastrine.

Le emazie che presentano una certa resistenza, ma non completa (*emazie semilabili*), vanno assumendo metamorfosi diverse. Osservate in una piccola goccia di sangue in mestruo colorato, in primo si rigonfiano, poi il protoplasma va restringendosi a ridosso del nucleo che non ne assume mai forte colorazione, e l'emazia va prendendo sempre più una forma più piccola e leggermente allungata; finchè perduto l'aspetto di emazia assume quello di una piastrina, mantenendosi però sempre leggermente colorata dell'intensità di colorazione che poi assumeranno tutti gli altri nuclei del resto delle emazie (*emazie stabili*). Queste cellule rosse così trasformate si uniscono ai nuclei cellulari che hanno formato il centro coagulativo e ne costituiscono una parte di esso.

In queste *emazie semilabili*, osservate isolate e libere dalle altre, si possono seguire bene le fasi che esse subiscono. Si vedrà iniziarsi innanzi tutto la fuoriuscita di bolle sarcidiche e non rimanere poi nel loro protoplasma che la parte reticolare che assume una forma granulo-filamentosa. È questa parte che restringendosi poi intorno al nucleo ne impicciolisce la cellula fino a che non vediamo che un piccolissimo strato a ridosso di esso, e la cellula intera assumere la forma di una piastrina allungata.

Queste emazie ritardano molto, prima di subire tale trasfigurazioni, in confronto delle labili la cui alterazione è rapida come elementi che debbono costituire i primi centri coagulativi.

Nel mentre che avvengono queste trasformazioni da parte delle cellule *labili* e da quelle *semilabili,* la maggioranza delle cellule sanguigne si mantiene bene conservata ed aderendo l'una sull'altra si vanno disponendo a raggiera, partendo dal centro coagulativo dove si rinvengono leucotciti e nuclei delle cellule *labili* e *semilabili*: questa maggioranza di elementi del sangue costituisce le emazie stabili.

***

Anche su questi sangui si può vedere il ripetersi dei fatti accennati per il sangue di mammiferi, con i vari mestrui e specie con l'estratto acquoso di sanguisuga, dove la formazione di piastrine dai nuclei del 1° e 2° tipo si veggono con un'evidenza meravigliosa, e come esse vadano a costituire dei centri coagulativi che hanno sempre come punto d'attrazione uno o più leucociti, a ridosso dei quali si affastellano agglutinandosi le emazie conservate. In tempo più ulteriore anche qui si scorge che tali accentramenti man mano si districano e le emazie rimaste conservate riprendono la loro libertà; come se la sostanza agglutinata che le teneva unite venisse disciolta e ciò per opera dell'azione digerente dell'estratto di sanguisuga.

Riassumendo dovremo rilevare:

1° che nel sangue esistono tre specie di emazie: *labili, semilabili, stabili,* a seconda della loro più o meno forte resistenza;

2° che le *piastrine* si originano essenzialmente per la rapida distruzione delle emazie labili o dai nuclei di queste negli animali con emazie nucleate.

3° che la *sostanza granulo-filamentosa* è visibile sulle emazie semilabili come indizio d'incipiente loro alterazione per perdita della sostanza liquida del protoplasma;

4° che la varietà di resistenza delle cellule rosse del sangue spiegherebbe perchè non tutte diano luogo alla formazione di piastrine, ma solo essenzialmente le *labili*;

5° che stante questa veduta è possibile ammettere l'esistenza di una sostanza *antipiastrinoblastica* (Sacerdoti) che possa rendere le emazie labili più resistenti;

6° che le emazie *labili-semilabili-stabili* darebbero una spiegazione riguardo all'*isotomia* di Hamburger, di Mosso e di Viola e ne spiegherebbero così l'*isotomia minima, media* e *massima;*

7° che infine i leucociti agirebbero sul fatto della coagulazione come semplici centri d'attrazione.

(Pervenuto in Redazione il 30 dicembre 1919).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ALESSANDRIA.

Due casi di encefalite letargica

per il dott. ERNESTO BERETTA.

Quale dirigente il 1° Reparto di Medicina, credo mio dovere riferire su due casi offertisi, per la prima volta, alla mia osservazione della malattia comunemente denominata Encefalite Letargica, sulla cui eziologia e sulle cui manifestazioni gli studiosi sono ancor lontani dall'essere concordi.

Trascrivo quanto in proposito trovo annotato sulle cartelle e sui diari clinici, certo che i fatti che vi sono rilevati, potranno portare un utile contributo alle discussioni, che oggi fervono intorno ad un argomento di sì grande importanza e richiamo subito l'attenzione dei Colleghi sul modo di esordio non comune del morbo, che mi ha nei primi giorni assai preoccupato e reso perplesso nel porre la diagnosi, la quale — per ragioni evidenti di precauzioni — era pure indispensabile stabilire al più presto.

PRIMO CASO.

Soldato V... Luigi, d'anni 21, del 158 fanteria.

Entra in Sezione il giorno 5 gennaio 1920 con diagnosi di febbre gastrica. Nulla nel gentilizio: non sofferse mai malattie di qualche importanza. Costituzione scheletrica e muscolare regolare, pannicolo adiposo piuttosto scarso, colorito pallido. Area cardiaca normale, impulso aumentato di intensità e frequenza, toni netti su tutti i focolai, polso della radiale pieno, regolare. Nulla di notevole ai polmoni all'infuori di una lieve ipofonesi alla base del destro con diminuzione del respiro, che si mantiene vescicolare. Milza appena palpabile sotto l'arco costale, fegato in limiti normali. Ventre trattabile, un po' dolente alla pressione profonda della regione ipogastrica, alvo regolare, lingua impaniata, asciutta.

L'A. è assai agitato e tenta abbandonare il letto: è in preda a continui movimenti spontanei della faccia, del tronco e delle estremità come nella corea; la sensibilità tattile è diminuita massime agli arti inferiori; tarda la reazione pupillare; indebolito il riflesso addominale, quasi nullo il patellare: sensorio lievemente offuscato; sub-delirio; cefalea gravativa; febbre modica (38,5); polso 88; orine normali.

Giorno 6. — Ore 9: Persistono l'irrequietezza, i movimenti aritmici degli arti e la cefalea frontale. Aumentato il delirio. Niente rigidità della nuca, niente Kernig, niente Babinski, niente roseole. Orine un po' scarse, limpide, acide, contenenti traccie minime di albumina, prive di sangue. Temper. 38,4. Polso 89. Ore 16: Nulla di nuovo. Epistassi discreta. Temper. 38,5.

Giorno 7. — Ore 9: Continua, ma diminuita, l'agitazione. Aumentato il delirio. Sensorio obnubilato. Pupille dilatate, tarde a reagire. Ventre teso, indolente. Lingua asciutta, quasi arida. Epi-

stassi. Alvo chiuso. Nessun sintomo di paralisi dei nervi craniani. Temper. 38,4. Polso 91.

Ore 16: L'A. è sempre più quieto ed il sensorio sempre più ottuso. Temper. 38.6. Polso 93.

Ore 22: L'A. non è più eccitato, ma soporoso, incosciente, a quando a quando delirante. Qualche sussulto tendineo. Temper. 38.5. Polso 95. Ha avuto una scarica abbondante di materie formate.

Giorno 8. — Ore 9: L'A. è in completo stato letargico, comatoso. Occhi vitrei, ma niente ptosi, niente diplopia, nessun segno di paralisi facciale. Temper. 39.5. Polso 110.

Ore 16: Nulla di nuovo. Polso celere, filiforme. Temper. 39.3.

Giorno 9. — Deceduto alle ore 7.30 in istato di profondo letargo.

SECONDO CASO.

Soldato M. Francesco aggregato alla Sanità, di anni 23. Entra all'Ospedale il 5 gennaio 1920.

Gentilizio puro: non sofferse mai di malattie di qualche importanza. Nulla di veramente notevole all'esame degli organi interni (cuore, fegato, milza, ecc.) all'infuori che al polmone, ove riscontransi rari rantoli sibilanti e ronchi alla regione scapolare destra; alvo leggermente diarroico; cefalea frontale.

Giorno 6. — L'A. è in istato di leggiera agitazione, s'iniziano movimenti spontanei aritmici, simili a quelli della corea, alla faccia, al tronco ed alle estremità, persiste la cefalea, reazone pupillare tarda. Temper. 38.5. Polso 90.

Giorno 7. — Continua lo stato di agitazione; sensorio lievemente offuscato; reazione delle pupille lenta; orine normali. Temper. 37.8. Polso 100.

Giorno 8. — Aumentata la irrequitezza; reazione pupillare pigra, oculomozione integra; riflessi cutanei addominali, cremasterici, plantari assenti; quasi normali i rotulei e gli achillei; niente rigidità della nuca, niente Kernig, niente Babinski: facies ansiosa; incoscienza, voce monotona, impossibilità di esprimersi colla parola sostituita da un balbettamento confuso; sub-delirio. Ventre un po' avvallato; lingua patinosa, arida, labbra secche. Traccie minime di albumina nelle orine. Temper. 37.7. Polso 105.

Giorno 9. — Sensorio offuscato, sonnolenza; delirio; notansi sintomi di paralisi del facciale inferiore di destra. Polso piccolo, frequente. Temperatura 37.5.

Giorno 10. — Condizioni quasi immutate; persiste, aggravato, lo stato di sonnolenza, si accentuano i sintomi di paralisi del facciale; oculomozione sempre integra. Polso tenue. Temper. 38.7.

Giorno 11. — Persiste la paralisi facciale; le parole sono sempre articolate con difficoltà ed inintelligibili. Soporoso. Temper. 37.9. Polso 100.

Giorno 12. — Ore 9: L'A. è in istato di profondo sopore. Polso piccolo. Alvo chiuso.

Ore 16: L'A. presenta rilasciamento dei muscoli delle estremità, più pronunciato a destra. Perdita delle orine. Sensorio ottuso. Polso piccolo. Respiro dispnoico, sterteroso. Temper. 37.5. Polso 110.

Giorno 13. — Ore 9: L'A. non ha preso cibo da ieri mattina, la somministrazione di latte a cucchiai non si può effettuare. Polso piccolo. Alvo chiuso. Perdita delle orine. Temper. 37.2.

Ore 16: Dispnea. Pupille non reagenti alla luce. Soporoso. Temper. 37. Polso 109.

Giorno 14. — Ore 9: Polso piccolo, frequente. Stato letargico profondo. Dispnea. Temper. 36.2.

Ore 16: Condizioni immutate. Temp. 36.6 Polso filiforme.

Giorno 15. — Deceduto alle ore 4.

Questi due casi, sull'esattezza della cui diagnosi di Encefalite Letargica, ritengo non sia lecito elevare alcun dubbio, essendo stata confermata, fra altri, dal prof. Cecconi di Torino, chiamato a consulto, sono notevoli:

1° Per il periodo prodromico, il quale, mentre nella grande maggioranza dei casi (l'ottanta e più per cento) si manifesta con sintomi di letargia, astenia, vertigini, cefalea, diplopia e disturbi psichici, fu nei nostri infermi prevalentemente caratterizzata da un'intensa agitazione;

2° Per la scarsezza delle manifestazioni susseguenti ad alterazione dei nervi craniani ed, in special modo, di quelli, che presiedono ai movimenti dell'occhio;

3° Per il decorso rapido, quasi fulmineo, della malattia, seguìto da esito letale, mentre è noto che essa, non tenendo conto delle forme leggiere, che si risolvono in dieci o quindici giorni, si protrae nei casi favorevoli per uno, due, tre ed anche più mesi e nei casi mortali, in generale, per tre settimane almeno ed anche più: un solo caso trovo segnalato, che si chiuse colla morte dell'infermo dopo appena pochi giorni di malattia.

Posto che, massime all'inizio, la malattia non offriva alla mia osservazione il quadro completo dei sintomi segnalati dai Clinici, che se ne sono in questi ultimi tempi occupati, la diagnosi non poteva stabilirsi che per eliminazione: escludendo cioè che si trattasse di poliomielite (malattia di Heine-Medin), di meningite cerebro-spinale o tubercolare, di tifo, di nevrosi e simili.

Notisi infine che i due soldati appartenevano a Corpi differenti e che in città, che io mi sappia, non si erano ancora manifestati casi di Encefalite Letargica.

Alessandria, 21 gennaio 1920.

Sopra alcuni casi di encefalite letargica

per il dott. CARLO CASTELLI,
medico della Clinica Gavazzeni in Bergamo.

Dal 1918 ad oggi molto si è scritto sui giornali medici di tutti i paesi, col fervore che destano i fatti a cui la nostra osservazione non era usata, della policencefalite letargica o «mal della nona» come si preferisce chiamarla con vocabolo tutto italiano. Escluso ormai a unanimità il botulismo che gli inglesi ritennero dapprima come causa di questa sindrome morbosa, ancor vivo è il dissenso tra coloro che vogliono farne una forma influenzale, seguendo il pensiero che Camillo Bozzolo espresse nel 1900 quando la definì una po-

lioencefalite acuta da influenza; quelli che con Netter sostengono trattarsi di una forma a sè, e quelli che (Etienne, Coussade, Benech) la considerarono quale effetto dello stesso virus sconosciuto che produce la poliomielite epidemica.

L'Ascoli ha dichiarato, in una sua comunicazione recente al congresso medico di Trieste, di rimanere incerto fra le diverse tesi, per mancanza di dati anatomopatologici e batteriologici sicuri.

Ora io voglio riferire un fatto che mi pare notevole: nella riacutizzazione epidemica dell'influenza che abbiamo in Italia proprio in questi giorni, è stato possibile osservare in questa provincia, di fronte a pochissime forme letargiche, abbastanza numerosi casi di una forma encefalitica nella quale manca uno dei sintomi base, e il più caratteristico, del mal della nona: la sonnolenza.

Ma, prima di esporre qualche considerazione clinica riassuntiva sui casi osservati, farò precedere una brevissima esposizione di taluni di questi:

1° A. C..., di anni 50. Individuo di robusta costituzione. Fino all'inizio di questa malattia non ha sofferto che di qualche disturbo gastro-intestinale. La malattia comincia dopo un periodo prodromico caratterizzato da melanconia con mialgie e artralgie acutissime accompagnate da leggera elevazione termica (t. 37-37.5). Subito dopo insorgono contrazioni cloniche e spasmodiche dei muscoli delle braccia, delle gambe e del viso, contrazioni cloniche del diaframma. Seguono fenomeni di eccitazione psichica con delirio, da principio intervallato da periodi di lucidità, in seguito quasi continuo. Il terzo giorno di malattia, mentre persistono le contrazioni muscolari, scompaiono le sensazioni di dolore.

Al 4° giorno le condizioni del paziente si aggravano. Il polso si fa frequente (120 p. al m.) pur conservandosi valido e teso. Le urine contengono albumina in modica quantità.

Il respiro, anche per le contrazioni del diaframma, si fa superficiale e interciso. Il delirio è assolutamente continuo, con allucinazioni, tentativi di scendere dal letto; la calligrafia, in tentativi del paziente, è tremante, illeggibile; l'andatura, quando eludendo la sorveglianza il paz. riesce a scendere dal letto, appare spastica.

Esiste leggero nistagmo; sono presenti i riflessi pupillari, patellari, achilleani. Non c'è Babinski. La temperatura ascellare non sorpassa 38.1.

La notte del 5° giorno, mentre il malato dorme, tutto a un tratto il respiro si fa nettamente di Cheyne Stokes e stertoroso e, benchè il polso si conservi teso e frequente (125 p. al m.), l'ammalato cade in coma.

Si nota ptosi della palpebra sinistra, la bocca leggermente cadente all'angolo di sinistra. A pizzicargli il viso l'A. risponde aprendo soltanto l'occhio destro. I riflessi corneali e addominali a destra sono ancora presenti benchè indeboliti. Mancano a sinistra. Si pratica un salasso, si fanno iniezioni eccitanti, applicazioni di carte senapate, inalazioni di ossigeno.

A poco a poco il polso diventa meno valido e più frequente e l'ammalato muore con fenomeni di emiplegia sinistra.

2° N. B..., di anni 30, contadina, maritata. È presa da convulsioni a tipo coreiforme e da contrazioni spastiche e cloniche del diaframma e dei muscoli addominali. Ha contrazioni cloniche anche agli estensori della coscia destra. Delirio con intervalli di lucidità relativa, esaltazione, dolori a tipo nevralgico lungo le coscie e all'addome; temperatura 37.3. Urine normali.

Manca Babinski, rigidità della nuca, Kernig. L'esame dei riflessi non offre fatti degni di nota.

Le se somministrarono bromuro e urotropina. In capo a qualche giorno i dolori scompaiono, poi anche le contrazioni diventano meno frequenti e infine cessano completamente.

3° B. R..., di anni 60. Contadina. Si presenta ambulatoriamente. Non ha febbre. Nella notte è stata in preda a delirio. Presenta contrazioni cloniche del diaframma. T. 37.

4° O. P..., di anni 24. Contadino. Ha cominciato a delirare mentre era in apparente buona salute, tanto che i parenti lo hanno creduto impazzito; presenta contrazioni cloniche, e coreiformi, sensorio ottuso, t. 38.3. Esiste paresi del facciale destro.

5° N. P..., di anni 24. Operaio. Da qualche giorno ha diplopia. E' esaltato, piange. Un medico trova paralisi del retto esterno dell'occhio sinistro e fa diagnosi di fatto cerebrale probabilmente di origine luetica.

Il malato che non ha mai avuto sifilide è assai spaventato ed in preda a viva emozione si presenta per un controllo. Notasi paralisi del muscolo retto esterno dell'occhio destro. Temperatura 38.1. Eccitazione psichica ed accenni a delirio. Qualche leggera contrazione a tipo coreiforme.

6° A. R..., contadina di 17 anni. Nubile. Presenta a chi ne osservi i movimenti, il quadro classico d'una corea grave.

Accusa inoltre dolori nevralgici alle spalle e alle gambe. Ha contrazioni del diaframma, eccitazione psichica e delirio, paresi del facciale, diplopia, paresi del retto esterno dell'occhio destro; urine leggermente albuminose. Temperatura rettale 39.1.

Accanto a questi casi di encefalite sulla cui descrizione molto sommaria mi sono soffermato solo a taluni sintomi capitali e che tutti, tranne i primi due, ebbi occasione di vedere ambulatoriamente, ne esistono altri tre da me osservati, ed una quindicina gentilmente riferitimi dal direttore dell'Istituto prof. Gavazzeni, il quale ebbe campo di seguirne minutamente il decorso e praticò per molti la puntura lombare. Ne ho tralasciata la descrizione per brevità e perchè tutti presentarono caratteri clinici che si trovano riassunti nella descrizione che farò seguire.

Voglio intanto subito accennare, prima ancora di tracciare un quadro sintetico della malattia e di farne il confronto con quello della nona, a tre dati che rivestono un indiscutibile interesse.

Anzitutto, pur trattandosi di forma indubbiamente epidemica, manca la contagiosità: mai due casi vennero osservati nella stessa famiglia; anzi dirò che i singoli casi apparvero generalmente in diversi paesi ed anche in persone che abitavano in campagna, lontane da ogni occasione di diretto contatto con centri abitati. Epidemiologicamente troviamo qui una vera affinità con la poliomielite anteriore acuta (paralisi infantile).

In secondo luogo è notevole il fatto che due casi di encefalite letargica, osservati dal professor Gavazzeni, si iniziarono con fatti eccitativi, tipici delle altre forme da me descritte.

Si noti infine che nella mia casistica predominano i casi presentatisi ambulatoriamente, il che denota una certa benignità della forma infettiva di cui s'occupa questa relazione. Benignità che avrò ancora occasione di dimostrare in seguito.

E così entriamo senz'altro nella descrizione del quadro morboso, il quale, per il suo polimorfismo, e per il decorso certo non comune, può lasciare perplesso il giudizio diagnostico di chi s'incontra per la prima volta in una di queste forme di *encefalite senza sonnolenza.*

La malattia inizia generalmente con dolori a tipo nevralgico, interessanti spesso il trigemino, talora anche i nervi periferici. In un caso si notò zoster nel dominio del mediano.

Segue delirio che può essere continuo nei casi gravi e che spesso presenta un'esacerbazione notturna. Nelle forme leggere e di media gravità al delirio si alternano periodi di lucidità che possono essere in prevalenza. Si uniscono quasi sempre fatti eccitativi che talora si prolungano durante tutto il periodo acuto senza remissione. L'ammalato si volta e si rivolta nel letto, vuole alzarsi, vestirsi.

Vi sono dei movimenti coreiformi, delle contrazioni cloniche disseminate qua e là agli arti superiori e inferiori, talora con prevalenza unilaterale.

Uno dei muscoli più vivamente e più di frequente colpiti è il diaframma. Ne risulta un sobbalzo continuo del torace e dell'addome, oppure, benchè più di rado, un vero singhiozzo.

In rari casi si osservano convulsioni tonicocloniche epilettiformi e trisma.

La temperatura non riveste mai un carattere di eccessiva elevatezza. Nel caso più grave da me citato e finito con decesso non superò di molto i 38 gradi. Tali e superiori temperature possono verificarsi anche nelle forme a decorso benigno mentre vi sono casi nei quali la temperatura si mantiene normale o quasi (37-37.3).

Mancano sempre i sintomi clinici precipui della meningite (Kernig, rigidità nucale, polso raro, ventre a barca, ecc.) mentre il dermografismo è assai spiccato. Il grido encefalico fu osservato in due casi.

Assai frequente è la paresi o dei retti esterni o di qualche branca dell'oculo motore o del facciale, più spesso unilaterali, talora bilaterali.

I riflessi tendinei sono normali o lievemente esagerati; in un caso in cui rimasero per poco tempo aboliti ricomparvero poi in seguito normali. Si osservò pure un Babinski bilaterale. Sensibilità ben conservata, più spesso iperestesia.

Il polso durante tutto il decorso si mantiene abbastanza frequente. Nei casi gravi si può notare albuminuria tossica. La puntura lombare dimostra quasi sempre ipertensione del liquido cefalo rachidiano il quale risulta normale rispetto al glucosio e all'albumina, e dà come reperto citologico modica linfocitosi, presenza quasi costante di qualche globulo rosso, leucociti assenti o in numero limitatissimo.

Dopo un periodo che, salvo casi a lunga durata, va dai dieci ai venticinque giorni, i sintomi vanno lentamente cedendo: la febbre è la prima a scomparire: seguono poi il delirio e le contrazioni cloniche, mentre per ultimo vanno risolvendosi i fatti paretici nel dominio dei nervi cranici, specie quelli dei muscoli oculari.

Siamo dunque di fronte a dei fatti di meso-polio-encefalite; siamo anche di fronte ad una discreta epidemia, di molto superiore a quella che fece tanto parlare gli scrittori di medicina in Italia e fuori durante l'anno 1918, se nel breve spazio di quaranta giorni ho potuto raccogliere, compresi quelli riferitimi, oltre una ventina di casi.

Nè certo, per i caratteri diversi da quelli comunemente descritti, si deve credere che si tratti di una sindrome nuova.

La stessa definizione di polioencefalite influenzale a tipo letargico, data dal Bozzolo, indica la esistenza di un'altra polioencefalite a tipo non letargico.

Sono forme che vennero osservate da tutti gli studiosi dell'epidemia influenzale del 1890, tanto che il Moritz, il Rothmann ed altri autori descrivono la sonnolenza come un carattere frequente ma non tipico del quadro della polioencefalite epidemica.

Maragliano distingue fra le influenzali una forma nervosa e le attribuisce specialmente questi sintomi: nevralgie, crampi, paralisi, mialgie, spasmi; precisamente gli stessi che trovansi nei casi sopra riferiti.

Anche von Economo dopo aver esposto sette casi a forma letargica tratta di forme specialmente ambulatorie, caratterizzate da tremori, pa-

ralisi, atassie e, raramente, disturbi della sensibilità.

Nulla di nuovo dunque nell'insieme; però nei casi da me ultimamente osservati abbiamo due fatti che sono caratteristici:

1° L'eccitamente che domina spesso il quadro invece della sonnolenza;

2° Il delirio la cui presenza è quasi costante, mentre le pubblicazioni passate lo riferiscono solo raramente.

Mancano poi nel confronto con la forma letargica due sintomi che l'Ascoli dichiara capitali: la sonnolenza e la catatonia; ma per altro questi punti di contatto: la paralisi dei muscoli oculo-motori e in prevalenza quella dei muscoli retti esterni è carattere comune. Lo stesso dicasi per la paresi facciale; il reperto poi del liquido cefalo rachidiano, la mancanza di complicazioni gravi meningee, il modo d'insorgere e di risolversi della malattia, la sporadicità dei casi, l'assenza di un vero contagio per vicinanza, certi fatti spamodici che, sia pure per periodi brevi, compaiono talora anche nella encefalite letargica, sono tutti argomenti che fanno ritenere le due forme come molto affini.

Pare che la forma non letargica sia generalmente più benigna. Dei ventidue casi cui mi son riferito, solo due hanno avuto esito letale, mentre le statistiche del mal della nona, se pure diverse secondo i vari paesi, hanno tuttavia raggiunta una mortalità molto più forte che, in casi eccezionali, arrivò perfino al 55 per cento.

Sicchè mi pare logico il supporre che si tratti di *uno stesso momento eziologico* il quale produce quadri con prevalenza dell'eccitamento oppure della sonnolenza a seconda che la virulenza ne è più o meno esaltata, o che colpisce certe determinate zone, oppure altre, secondo le qualità del soggetto colpito.

Se non è possibile fissare la natura di questo virus sconosciuto, tuttavia è bene ricordare che l'encefalite per la seconda volta s'è accompagnata all'influenza.

La cura?... Noi ci siamo attenuti ai precetti che Ramond ha dato in una sua intressante lezione: « Nell'assenza di un medicamento specifico si deve associare la medicazione antisettica (Elettrargolo, Collargolo, ecc.) all'urotropina (1-2 grammi al giorno) che, decomponendosi e lasciando passare l'aldeide formica nel liquido cefalo rachidiano, rappresenta la migliore antisepsi nelle infezioni sottoaracnoidee ».

La puntura lombare si è poi addimostrata evidentemente efficace e venne anche ripetuta.

Ed ora mi si permetta, alla fine di questa esposizione, di ricordare che Chauffard, riferendosi a quanto si era osservato nelle precedenti epidemie e parlando della forma nervosa dell'influenza afferma ch'essa ne costituisce il periodo terminale.

Se dunque si tratta, come vogliono insigni clinici di influenza, questo ricordo suona come una promessa; ed io l'ho voluto richiamare come un augurio.

Bergamo, 30 gennaio 1920.

MEDICINA SOCIALE.

Lavoro agricolo notturno e malaria.

Se la storia dell'Italia Meridionale fu e sarà, come ben sostenne l'on. Giustino Fortunato, la storia della malaria e se la malaria per mezza Italia — da Roma in giù — è una quistione vitale, sempre palpitante d'attualità, non parmi inopportuno, oggi, dopo il grande cataclisma della guerra, mettere in rilievo una causa di diffusione dell'infezione malarica in mezzo alle molte nostre popolazioni rurali.

In vero: prendendo in considerazione il lavoro eminentemente agricolo dei contadini di questo paesello, in rapporto alla malaria, per la relativa ripercussione epidemiologica, sin dal 1910, come dalla relazione sulla campagna antimalarica allo Ufficio Sanitario Provinciale, potetti constatare che in questo versante del Cosentino e propriamente nella vallata dell'Esaro, affluente del Crati, s'è fatta sempre e si fa larga coltura del mais.

Ora, coincide questo lavoro, in gran parte, con la stagione estivo-autunnale e tocca, d'ordinario, a tutti i coloni ed operai di dover disimpegnare l'irrigazione necessaria durante la notte, proprio quando le zanzare malarigine sogliono svolazzare in cerca della preda preferita.

Come debba riuscire, a preferenza, favorevole alla diffusione dell'infezione malarica questo lavoro notturno, defatigante ed antigienico, in campo aperto, tra le punzecchiature delle zanzare che trovano il loro habitat naturale negli scoli, formanti acquitrini, qua e là, appunto degli acquedotti mal governati e peggio costruiti, e negl'impaludamenti dei diversi corsi torrentizi, che quelli alimentano, privi del congruo regime e durante la stagione delle pioggie e durante la stagione di magra, tra il caldo afoso delle prime ore della notte e l'aria umida e pungente delle ore mattutine, non vi ha chi di leggieri non l'intenda.

Penso, in conseguenza, che a tali imperiose esigenze agricole devesi anche attribuire, e forse in gran parte, in questa regione, l'impressionante percentuale dei malarici in atto e specie

degl'infetti, pericolosi serbatoi del virus, senza risparmio dell'età e spesso anche del sesso, perchè tutti i componenti d'una famiglia, direttamente ovvero indirettamente, non possono non concorrere in ogni anno, in simil genere di lavoro.

E s'è così, io opino che devesi tentare un principio di difesa collettiva di tali popolazioni, più esposte alle insidie del flagello malarico, mercè *provvedimenti che regolino anche la pratica dell'irrigazione,* stabilendo che a questa *non debba mai aver luogo dal tramonto del sole in poi* o qualche ora prima e *non possa iniziarsi mai se non dopo l'uscita del sole.*

Opportune disposizioni, all'uopo, dovrebbero essere sancite nella Legge per diminuire le cause della malaria, perchè parmi che nel vigente testo unico delle leggi sanitarie non v'è menzione di tanto.

Non so, se una tale disposizione viga, ad es., in qualche Regolamento locale d'Igiene nel Regno; ma, in ogni caso, vorrei incitare gl'illustri componenti la Sezione per l'Igiene Sociale della Commissione pel dopo guerra (se ancora non è sciolta) a far rilevare tale lacuna e a proporre un relativo e preciso provvedimento legislativo, onde questo conseguisca una maggiore efficacia a pro' della collettività, che lavora con tanto rischio della propria salute.

Questa breve nota valga a stimolare il contributo d'osservazione degli altri colleghi anche per colture irrigue affini, non solo delle regioni vicine, come quelle del versante Cosentino Ionico, ma anche di quelle lontane.

Mottafollone, 7 dicembre 1919.

Dott. GIOVANNI CONFORTI.

SUNTI E RASSEGNE.

PEDIATRIA.

Pseudo-inappetenza da faringeo-spasmo nei bambini.

(E. WEILL. — *Paris Médical,* n. 49, 1919).

Molti bambini rifiutano ostinatamente il cibo, senza che in essi sia possibile riscontrare alcuna manifestazione morbosa nè a carico dell'apparato digerente nè a carico di alcun altro organo. I bambini hanno l'aspetto sano, nonostante che la anoressia si protragga spesso per settimane e mesi.

In molti di questi bambini l'anoressia è sintomatica; essa dipende dal dolore da cui è accompagnato l'atto della deglutizione, in seguito ad uno spasmo permanente della muscolatura faringea. Nei casi acuti tale spasmo può dipendere da piccole ulcerazioni, visibili sulla parete faringea (p. es. nel decorso del tifo); nei casi cronici, i quali rappresentano la maggioranza, non è possibile dimostrare alcuna lesione alla quale lo spasmo si potesse riferire.

La sindrome del faringo-spasmo si riscontra specialmente nei bambini di 2-5 anni. Essa può manifestarsi subito dopo lo svezzamento, oppure può apparire più tardi, quando il bambino già mangia di tutto; può anche insorgere molto tardi, dopo i 5 anni, in seguito a grippe, a pertosse, ad eritema nodoso. Lo spasmo o è continuo o presenta delle brevi remissioni. La durata dell'affezione si può protrarre per degli anni; i soliti metodi di cura sono inefficaci. L'inappetenza apparente di questi bambini è completa, per tutti i cibi solidi e semisolidi, anche per quelli che di solito riescono bene accetti ai bambini. I mezzi di coercizione, le astuzie e i tentativi terapeutici sono egualmente inefficaci. Spesso i bambini cominciano a mangiare di buona voglia, ma essi si arrestano dopo i primi bocconi, e non vogliono più mangiare. Naturalmente il digiuno di questi bambini non è completo. Insistendo, ed approfittando dei momenti buoni, si riesce a far loro ingerire del latte, delle minestrine, delle purées poco dense, delle uova crude. I genitori di solito valutano ad un terzo di quella che riterrebbero normale, la quantità di alimenti che loro riesce in tal modo di far prendere ai bambini. Questi nel momento in cui si svegliano accettano il cibo più volentieri di quando sono completamente svegli; essi mangiano pure con maggior facilità quando sono distratti, o quando il cibo è loro offerto da persone estranee. Questi bambini del resto appaiono sani, essi non si lagnano di nulla, giuocano coi compagni, conducono una vita normale, dormono bene la notte. Essi sono di colorito pallido ed in essi è naturalmente scarso l'accrescimento in peso.

È abbastanza facile il distinguere l'anoressia da spasmo faringeo, dall'anoressia nervosa. I bambini sofferenti di quest'ultima forma presentano di solito delle notevoli tare psichiche (ossessioni, fobie, melanconia, apatia) e fisiche (dimagramento notevole, mani cianotiche, ipotermia, ecc.). Il bambino anoressico nervoso ha perduto la nozione del mangiare; gli manca la rappresentazione mentale di quest'atto; inoltre esso non ha fame. Invece i bambini affetti da inappetenza spasmodica hanno talvolta un buon appetito. Essi hanno spesso una sensazione di fame; ma nella loro mente essi collegano l'ingestione di cibo colla sensazione dolorosa che la deglutizione loro provoca. Se si costringe un tale bambino a mangiare un cibo solido, esso lo por-

terà alla bocca e seguiterà a masticarlo, senza decidersi a deglutire. L'anoressico nervoso deglutisce invece senza alcuna difficoltà.

I casi nei quali l'anoressia è determinata da una grave affezione gastrica, o da una malattia generale cachettizzante sono facili a riconoscersi.

L'inappetenza da spasmo faringeo va curata col sondaggio. Si fanno passare attraverso al faringe, fino nello stomaco, successivamente 3 sonde di gomma piene, di calibro crescente. (N. 24, 30, 34 delle sonde Bouchard). La sonda, bollita e spalmata di glicerina, viene introdotta fino allo stomaco, poi ritirata un po', quindi di nuovo introdotta completamente; così di seguito per la durata di 1 minuto. Ciò si ripete con tutte e 3 le sonde. Di solito dopo il sondaggio il bambino mangia e deglutisce bene. Si possono però avere delle ricadute dopo 1-3 giorni. In questi casi è necessario ripetere il sondaggio per altre 1-2 volte. Si ottiene così in quasi tutti i casi una guarigione permanente.

POLLITZER.

Il trattamento alimentare dell' atrepsia.

(W. Mc. KIM MARRIOT. *Journ. American medical Association*, 18 ottobre 1919).

L'atrepsia può venir considerata come il risultato finale di una introduzione insufficiente di cibo, o di una deficiente utilizzazione dello stesso per poter sopperire alle richieste dell'organismo. In tali condizioni, il volume di sangue circolante, ossia il volume di sangue che passa in una determinata parte del corpo in un minuto, è diminuito. Ciò dipende, almeno in parte, da diminuzione della massa totale del sangue, che risulta, a sua volta, dalla diminuzione del contenuto proteico nel plasma, e dalla conseguente incapacità del sangue di mantenere la sua quantità di acqua. Vi è una atrofia del sangue come nel resto del corpo.

Il rimedio ovvio, per tale stato di cose, è l'alimento in quantità notevole, tenuto conto dell'elevata richiesta di energia da parte di tali bambini e del bisogno di sostituire la perdita di tessuti. Parecchi bambini atrepsici non incominciano a guadagnare in peso se non quando ricevono 150-200 calorie per chilogrammo. Disgraziatamente, la tolleranza per il cibo è assai bassa: il tubo intestinale e le ghiandole digestive, irrorati da sangue atrofico ed in quantità scarsa, sono funzionalmente deboli: scarsa è la digestione ed anche l'assorbimento dei cibi. Una parte di questi rimane senza essere assorbita nel tubo intestinale, dove costituisce un serio pericolo che può precipitare la catastrofe.

Ci si presenta quindi il problema di dover nutrire abbondantemente un bambino, in cui l'intestino non è nemmeno capace di elaborare una piccola quantità di cibo.

Questo, in verità, può essere introdotto per via parenterale: il metodo però soffre definite limitazioni. L'unico alimento, che si può introdurre in tal modo è costituito dagli idrati di carbonio, in forma di glucosio: teoricamente si potrebbero iniettare anche emulsioni di grasso e amino acidi puri, praticamente però non si usano, mentre le iniezioni endovenose di glucosio sono un utile sussidio nei casi urgenti.

Le poche calorie supplementari, che così si introducono, sono sufficienti per far oscillare la bilancia dalla parte del bambino.

Qualche cosa può farsi per vedere di aumentare la tolleranza per l'alimento. Uno dei procedimenti è quello di aumentare il volume del sangue, mediante la trasfusione, oppure con l'iniezione endovenosa di mucillagine gommosa, sospesa in un liquido salino. (Gomma arabica gr. 10; glucosio gr. 3; soluzione fisiologica di cloruro di sodio q. b. p. 100 cmc.). La soluzione va centrifugata prima di usarla. Iniettarne 10-20 cmc. per kg. di peso.

Ad ogni modo però si ha sempre bisogno di iniziare al più presto l'alimentazione naturale, di cui la più indicata consiste nel latte di donna, che non sempre però può aversi a disposizione.

È noto che i bambini sofferenti di disturbi gastro-intestinali, tollerano bene il latte inacidito artificialmente, per mezzo di germi dell'acido lattico.

In tali bambini si è soliti somministrare il latticello ed il latte proteinico (contenente grasso e caseina ma scarsa quantità di sali e di zucchero). Ora il latticello ha un basso contenuto di calorie, e, sebbene possa essere utile in un periodo di diminuita tolleranza per l'alimento, il bambino atrepsico non può conseguire con esso un aumento di peso. Il contenuto in calorie può essere aumentato con l'aggiunta di zucchero e di amido. Anche il latte proteinico è poco adatto, specialmente per atrepsici sotto i tre mesi.

L'alimento per questi malati deve consistere in un latte all'acido lattico. Non v'è alcuna ragione per togliere da questo il grasso, che, p. es., è perfettamente tollerato nella proporzione del 2,5 %, quale è quella del latte proteinico. D'altra parte il fatto che il latticello è pure ben tollerato, dimostra che la concentrazione dello zucchero, delle proteine e dei sali, quale si trova nel latte intero, non è affatto dannosa. L'A. ha quindi somministrato il latte acido *intero* ad atrepsici e si è potuto convincere che essi nella gran maggioranza lo tollerano bene in quantità di 1/5 del peso del corpo. Solo per i bambini sotto i 2 mesi si può consigliare di diluirlo.

Per aumentare il valore calorico di tale latte, l'A. ha tentato l'aggiunta di idrati di carbonio, scegliendoli, sia fra quelli che non fermentano rapidamente, sia fra quelli che pure andando soggetti a sollecita fermentazione, vengono assorbiti con rapidità.

Appartiene ai primi la destrina, che si sdoppia in maltosio e glucosio, per l'azione degli enzimi intestinali, ai secondi il glucosio.

Gli esperimenti hanno dato risultati favorevoli, con l'aggiunta di glucosio sciropposo (*corn syrup*) che è costituito da una miscela di destrina (55 %), maltosio (30 %) e glucosio (15 %). Con l'uso di latte acido intero, a cui era stato aggiunto fino al 10 % di glucosio sciropposo, non si ebbe nei bambini nè diarrea, nè vomito: le feci formate e pastose, venivano emesse in 2-3 scariche giornaliere.

Preparazione della miscela. — Il latte intero viene sterilizazto con la bollitura, raffreddato a temperatura ambiente ed inoculato con coltura di *Bac. bulgaricus* ad altro microrganismo dell'acido lattico, e tenuto in termostato per una notte. Il latte ben preparato è spesso, cremoso ed omogeneo, invece se tenuto troppo a lungo in termostato od a temperatura troppo alta, si ha la separazione di coaguli.

Il glucosio sciropposo commerciale, che contiene circa 85 % di idrati di carbonio, viene diluito mescolandone 55 parti (in volume) con 45 di acqua, avendosi così una soluzione di carboidrati al 50 %. Si aggiunge poi al latte acido preparato, agitando ma non troppo fortemente per evitare che il grasso si separi in forma di burro. La miscela non viene ulteriormente sterilizzata ma tenuta in refrigerante; si somministra poi con una tettarella a larghi fori.

Il trattamento si incomincia con una miscela a parti uguali di latte intero acido e di latticello acido, oppure con questo solo nel caso di bambini convalescenti di diarrea. Se la miscela è tollerata, si aumenta gradatamente la proporzione del latte intero fino a somministrarlo da solo. Si incomincia allora l'aggiunta dello sciroppo (3 %) aumentando gradatamente, se non si vede comparire diarrea, fino al limite di tolleranza.

Le quantità da somministrarsi corrispondono a quelle del bambino allevato al seno; gli intervalli fra le poppate saranno di quattro ore.

L'A. ha potuto trattare in tal modo 40 bambini, in maggioranza fra 2 e 5 mesi, per un tempo variabile da quattro giorni ad otto settimane. Tutti i bambini erano più o meno notevolmente iponutriti; oltre la metà aveva sofferto diarrea, parecchi erano affetti da infezioni diverse (pieliti, otiti, broncopneumoniti, ecc.).

Poca difficoltà si osserva all'inizio per fare accettare questo alimento, che viene talvolta rifiutato dapprima dai più grandicelli, i quali lo chiedono poi avidamente. La quantità di carboidrati aggiunta è stata del 10 fino al 15 %.

Le feci caratteristiche sono leggermente brune, formate, di consistenza pastosa: talvolta si fanno alquanto sciolte per qualche giorno, ritornando poi spontaneamente al primitivo aspetto. A parte quattro che morirono, per la malattia primitiva e che ebbero diarrea nelle ultime ore di vita, il trattamento venne bene tollerato da tutti e solo in tre si dovette modificare temporaneamente la formola di composizione, per essere sopraggiunta la diarrea.

Il peso incominciò a crescere quando il bambino introdusse un numero sufficiente di calorie (da 160 a 200) aumentando rapidamente per giorni e settimane; i tessuti si mostravano sodi, senza tendenza all'edema nè a quella floscezza particolare dei bambini nutriti con eccesso di carboidrati.

La miscela dell'A. va considerata come un alimento concentrato, con un contenuto di circa 100 calorie per 100 cmc.; essa non è certamente una panacea per tutti i bambini, ma è indubbiamente utile quando si debba somministrare una certa quantità di nutrimento facilmente digeribile in bambini con una certa intolleranza dell'apparato gastro-intestinale.

A. FILIPPINI.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Trattamento della gravidanza extrauterina dopo il quinto mese.

(ALFRED C. BECK. *Journal American Medical Association*, 27 settembre 1919).

L'A. trae occasione a trattare di questo argomento da un caso che gli è recentemente capitato, e di cui traccia per esteso la storia. Esso deve essere studiato da analisi statistiche, data la scarsa esperienza che può avere un singolo operatore: così egli, in base ad accurate ricerche nella letteratura, e alle risposte ottenute da più di duecento ostetrici, a cui aveva inviato un questionario, ha potuto raccogliere solo 262 casi di gravidanza extrauterina, fra gli anni 1809 e 1919, in cui l'operazione fu praticata a feto vivente, cioè dopo il 5° mese. Su questi 262 casi sono basate le osservazioni che qui riferiamo brevemente.

Mortalità materna. — Dal 68 % prima del 1890 discese al 35.3 % nei 10 anni successivi (effetto dell'asepsi), e al 21.9 nel successivo decennio (probabilmente per effetto della migliorata tec-

mica nella chirurgia addominale). Solo 22 casi sono riportati nella letteratura negli ultimi 9 anni, con una mortalità del 18.1. Mortalità di tutta la serie: 35.8 %.

Nonostante questa alta cifra non v'è via di scelta: il trattamento deve essere sempre operatorio. Piuttosto, è da discutere sul miglior momento di intervenire: il che è subordinato alle seguenti tre condizioni:

1) Pericolo per la madre nell'aspettare che il bambino sia vitale;

2) Pericolo operatorio nei vari periodi di gestazione;

3) Miglior momento da intervenire nell'interesse del bambino.

Pericolo che può esservi per la madre nell'attesa di un bambino vitale. — Possiamo concludere che: il miglior tempo per operare è durante il 6°-7° mese; dopo questo, attendendo fino alla 38ª settimana per avere un bambino ben sviluppato, si aggiunge un rischio assai lieve; il pericolo di una catastrofe nelle ultime due settimane è sufficientemente grande per raccomandare l'intervento prima di arrivare a questo periodo.

Pericolo operatorio nei varî periodi di gestazione. — Esso aumenta con il progredire della gravidanza, fino a che non si sia arrivati all'ultimo mese, nel quale è minore che nei periodi precedenti. Quest'ultimo fatto viene spiegato, dall'analisi dei casi mortali, con una diminuita tendenza all'emorragia.

Aggiungendo questa mortalità operatoria alle cifre dei casi moribondi, che sono servite per il precedente paragrafo, si ha che la mortalità totale della madre è stata del 30 % al 6° mese, del 33 al 7°, del 37 all'8°, del 45 al 9°, e del 32.8 % al decimo mese. Risulta che, sebbene quasi il 10 % delle pazienti operate nel 10° mese fosse moribondo prima dell'operazione, la mortalità totale materna in questo periodo è quasi altrettanto bassa che al 6° mese, e più bassa che nei mesi intermedi.

Il *miglior momento da intervenire nell'interesse del bambino* può dedursi da un'altra delle numerose tavole, con cui l'A. illustra il suo articolo, e che dà la durata della vita dei bambini nati nei differenti periodi. Poichè il 56.6 % dei 60 nati alla 36ª-38ª settimana sopravvissero un mese (tempo sufficiente per indicare la loro vitalità), mentre solo il 47.5 % degli 80 nati nella 39ª-40ª settimana vissero lo stesso periodo di tempo, risulta che nell'interesse del bambino il meglio è intervenire alla 38ª settimana.

Se dalla serie dei casi presa in esame è lecito trarre delle *conclusioni generali,* possiamo dire che:

1) Il miglior periodo per operare è la trentottesima settimana;

2) È lecito attendere questo periodo di elezione, purchè la paziente sia tenuta sotto osservazione;

3) Questo sistema corrisponde al meglio agli interessi sia della madre che del bambino.

***

Tecnica operatoria. — Le difficoltà si riassumono nel trattamento della placenta: la sua rimozione ha spesso dato emorragie non dominabili; il lasciarla *in situ* può essere sorgente di sepsi fatale.

Prima dell'asepsi l'abitudine generale era lasciare la placenta e drenare fino a che questa non si staccava per suo conto. Dopo il 1890, la maggior parte degli operatori hanno preferito la rimozione, tutte le volte che fosse possibile: la sempre più larga adozione di questo metodo ha portato a perfezionamenti della tecnica e conseguente diminuzione della mortalità. La marsupializzazione e il drenaggio ha portato invece spesso a sepsi ed esito letale, come abbiamo detto. Ma poichè in alcuni casi la rimozione è impossibile, è da domandarsi se quei risultati non possano migliorare coi moderni sistemi chirurgici: quando si operano gravidanze extrauterine precoci si lasciano spesso nell'addome coaguli sanguigni e frammenti di placenta senza drenaggio: non sarebbe bene di seguire lo stesso sistema nei casi avanzati, quando la placenta non può asportarsi?

L'A. ha posto tre quinti di una placenta di 500 gr., asportata con un taglio cesareo, nell'addome di un cane: l'animale guarì rapidamente, e 2 mesi dopo, riaperto l'addome, non si trovò traccia della placenta.

Otto casi raccolti in questa serie dimostrano che l'assorbimento ha luogo anche nel corpo umano: infatti in 12 pazienti la placenta fu lasciata riassorbire nell'addome: 4 di esse morirono, e due probabilmente per cause indipendenti dal trattamento della placenta. Comunque, questa mortalità del 33.3 % regge bene al paragone dell'altra del 38.7 %, dei casi in cui fu praticato il drenaggio.

La mortalità di confronto fra i due metodi è dimostrata da un'altra tavola, e, sebbene si debba osservare che la placenta fu lasciata nei casi più difficili, si può concludere che essa debba esser asportata, sempre che sia possibile, e che, quando è necessario lasciarla, il drenaggio deve essere evitato, eccetto che in presenza di emorragia o di infezione.

Molti esiti letali furono dovuti al fatto che gli operatori non avevano un piano definito sul

modo di trattare la placenta, all'infuori della sua asportazione. Di solito il bambino venne estratto rapidamente e subito tentata la rimozione della placenta. Non raramente una emorragia allarmante obbligò a sospendere ogni tentativo e furono applicati dei tamponi per fermare il sangue, il chirurgo considerandosi abbastanza fortunato se la paziente era ancora in vita al termine dell'operazione. Poichè non ogni metodo è buono per tutti i casi, il chirurgo dovrebbe essere familiare con le singole indicazioni e controindicazioni. Se, prima di intraprendere un metodo qualsiasi, fosse praticata una esplorazione accurata, si potrebbe seguire il miglior piano, prima di mettersi su una falsa via.

In base al suo studio l'A. consiglia le sèguenti regole di *routine* operatoria:

Preparazione per dominare l'emorragia e la eventuale anemia consecutiva: bendaggio degli arti inferiori per l'autotrasfusione; tener pronto un donatore di sangue adeguato; istruire un assistente alla compressione dell' aorta addominale.

All'apertura delll'addome, badare a non incidere la placenta, ciò che può portare a un'emorragia, che disturba durante l'intervento, a necessità di tamponi, quando la placenta debba esser lasciata.

Possibilmente, esplorazione accurata dell'addome prima di incidere il sacco.

Estrazione delicata del feto, per impedire lesioni dell'inserzione placentale.

Se necessaria, nuova esplorazione accurata prima di decidere sul trattamento della placenta, che costituisce la fase più importante dell'intervento.

Le condizioni che favoriscono la rimozione della placenta sono: *a*) Il suo attacco per mezzo di un peduncolo che può esser legato. *b*) Facile aggredibilità delle estremità ovarica e uterina dei suoi vasi. *c*) Facile aggredibilità dell'estremità ovarica dei suoi vasi dal lato invaso, e sufficiente accessibilità dell'utero, da permettere l'isterectomia, dal lato opposto, effettuando così la legatura del capo uterino della vascolarizzazione placentale.

Asportata la placenta, chiusura dell'addome senza drenaggio.

Se l'inserzione placentale non permette il controllo preventivo della sua vascolarizzazione, la rimozione ne è controindicata, e va posta grande cura per non ledere i suoi attacchi.

In tali circostanze possono seguirsi due piani: *a*) chiusura dell'addome senza drenaggio, lasciando che la placenta sia assorbita; *b*) drenaggio alla Mikulicz, dopo aver suturato il sacco ai margini della ferita.

Il primo di questi metodi è adottabile quando le precedenti manipolazioni non abbiano provocato emorragia, e non vi sia infezione. Se all'apertura dell'addome la placenta fosse stata incisa, l'emorragia può essere arrestata con forcipressione e poi legatura in massa, permettendo così l'abbandono *in situ* della placenta senza drenaggio. Questa finirà col riassorbirsi: nella attesa però vi può essere probabilità (lieve) di due complicazioni: emorragia secondaria e infezione dall'intestino adiacente. Tali complicazioni richiedono un secondo intervento.

Il secondo metodo, la marsupializzazione, è da usare quando la rimozione è impossibile, e quando l'emorragia o l'infezione rendano necessario il tamponamento. L'uso continuo di drenaggi predispone però alla peritonite, per la quale una grande percentuale di pazienti morirono, nei primi tempi, quando questo metodo era l'unico da scegliere. SEBASTIANI.

ORTOPEDIA.

Che valgono l'innesto d'Albee e la sedicente operazione di Hibbs nel morbo di Pott?

(F. CALOT. *Journal des praticiens*, n. 44, 1 novembre 1919).

I. *Il trattamento d'Albee.* — L'A. non è convinto del valore reale dell'operazione di Albee nel morbo di Pott. La mortalità operatoria è elevata: Albee stesso, malgrado la grande abilità, accusa 12 morti su 198 casi, di cui 4 per *choc* operatorio; Maragliano dà una mortalità del 16 %. I risultati sono cattivi, poichè Nutt ha visto nei suoi operati la gibbosità aggravarsi 90 volte su 100 e Ombredanne in tutti i casi.

Quanto alla durata della malattia, allorchè Albee dice, per esempio, che un vasto ascesso iliaco è scomparso immediatamente dopo la sua operazione e che sei settimane dopo questa operazione fatta per un morbo di Pott in piena evoluzione acuta, il malato ha potuto lavorare tutti i giorni senza tutore, non ce ne possiamo persuadere, poichè sappiamo che la sua operazione non agisce direttamente sul focolaio tubercolare e che questo focolaio impiega uno ed anche più anni per spegnersi. Lasciar credere che si guarisce in sei settimane un morbo di Pott acuto, che si guarisce istantaneamente un ascesso iliaco, con una bacchetta ossea distaccata dalla tibia del malato e piantata sul suo dorso, equivale a rivoluzionare l'anatomia patologica del morbo di Pott.

Il trattamento ortopedico, oggigiorno così semplice e così ben regolato, rimane sempre il migliore, malgrado la lunga durata.

II. *La sedicente operazione di Hibbs.* — L'A. rivendica a sè l'originalità dell'operazione, eseguita già 10 volte 15 anni prima di Hibbs. La ragione che lo spinse a fare questa operazione fu l'osservazione anatomo-patologica, che nel morbo di Pott la natura realizza quasi sempre da sè la saldatura degli archi posteriori delle vertebre malate. Siccome ciò avviene spesso in una maniera incompleta e abbastanza tardi, Calot volle aiutare la natura, scollando il periostio delle lamine vertebrali e riunendo le forze produttive del periostio e i bordi delle lamine avvivate, riunione resa più facile dopo il raddrizzamento che embrica e riunisce gli archi posteriori; inoltre egli avvivava le apofisi articolari là dove le lamine sono un po' distanti, alla regione lombare. L'unica differenza coll'ulteriore tecnica di Hibbs consiste in ciò che, mentre Calot abrade le estremità delle apofisi spinose dopo averle spogliate del periostio, Hibbs le conserva, le frattura, le ripiega in giù. Ma ciò era già stato fatto da Albee, che aveva finito col rinunziarvi subito.

L'A., dopo averla creata, a poco a poco ha abbandonato quest'operazione. Anche qui perchè si può arrivare più semplicemente, più benignamente a risultati egualmente buoni; mentre la operazione non è di una benignità assoluta, sopratutto se si fa come Hibbs durante il periodo florido del male di Pott. Inoltre sono state osservate delle meningiti e delle fistole, per essere caduti su piccoli indistinguibili prolungamenti posteriori ascessuali o fungosi del focolaio del corpo vertebrale. Ora tutti i chirurgi specializzati sanno che una fistola qui, conduce a morte i malati in più della metà dei casi.

Di più quando si consideri che Hibbs non fa nulla per raddrizzare i pottici deviati e che lascia i suoi operati con una semplice medicatura molle, senza tutore rigido, immediatamente dopo l'operazione, e ciò nel periodo acuto della malattia, fatalmente si deve andare incontro all'aggravamento della gibbosità.

Ecco perchè l'A. ha abbandonato a poco a poco la sua operazione, fatta per un male che sa guarire senza di essa, col solo trattamento ortopedico. B. MASCI.

IGIENE.

La lotta contro i pidocchi nella profilassi del tifo esantematico.

(G. ALESSANDRINI. *Annali d'Igiene*, 30 sett. 1919).

L'importanza degli insetti parassiti nella diffusione delle malattie infettive si è venuta affermando in questi anni. Solo però sulla esatta conoscenza dell'anatomia, della fisiologia e delle abitudini di tali insetti può essere imperniata la lotta contro di essi e quindi la profilassi delle malattie infettive che essi trasmettono. A tale scopo è dedicato lo studio dell'A., che espone, con ampiezza, le cognizioni di anatomia e biologia dei pidocchi, che sono ormai riconosciuti quali agenti trasmettitori del tifo esantematico. Il lavoro, in cui sono riportate molte ricerche originali, è corredato da numerose tavole con figure nitide e dimostrative, disegnate dallo stesso A.

Il genere *Pediculus* comprende due specie: *P. capitis* e *P. corporis*, i quali però, secondo qualche autore, non sarebbero che varietà, originate dalle differenti condizioni di vita.

In realtà, secondo l'A., si tratta di specie distinte, che presentano differenze nel colore (il *P. corporis* è bianco sudicio, il *P. capitis* giallo-grigiastro, variabile secondo il colore dei capelli), nella lunghezza (più lungo il *P. corporis*), nelle antenne (che, mentre nel *P. capitis* constano di 5 articoli uguali, nel *P. corporis* hanno il 2° articolo un poco più lungo degli altri).

Differenze essi manifestano nella parte del corpo su cui vivono, essendo l'uno localizzato alla testa, ed eccezionalmente in altre parti pelose, vivendo l'altro nelle pieghe dei vestiti a contatto con il corpo.

Mentre poi il pidocchio della testa punge indifferentemente in tutte le ore del giorno, quello del corpo punge di preferenza la sera; la lesione primitiva del primo è una vescicola o vescicopustola, quella del secondo una papula; questo può, nei casi gravi ed antichi, dare melanodermia, che non si manifesta mai col pidocchio della testa.

Difficilmente si trova il pidocchio del vestito sulla pelle nuda, ove si trattiene il solo tempo necessario per suggere il sangue: talvolta esso si rinviene nei peli del corpo, ciò che può essere causa di reinfestazione negli individui spidocchiati a cui non vengono rasi i peli.

Biologia dei pidocchi.

Riproduzione. — Due-quattro giorni dopo la fecondazione, la femmina incomincia a deporre le uova, emettendo, prima di ognuno di essi, una gocciolina di una sostanza che li attacca ai capelli od alle fibre tessili dei vestiti. La deposizione delle uova dura sei-otto giorni ed il numero delle uova deposte arriva a 50-80: altri autori ammettono invece la deposizione duri fino a 25-29 giorni, ed il numero delle uova deposte arrivi a 270-300. Le femmine tenute a temperature inferiori a 10° non depongono uova.

Le uova presentano, al polo anteriore più arrotondato, un opercolo, un dispositivo di piccole celle sottili ad apertura superiore, che permettono gli scambi gazosi dell'uovo stesso. Il guscio o *corion*, dapprima trasparente, poi bianco

opaco, è costituito non già da chitina, ma da corionina che ha la proprietà di sciogliersi nelle soluzioni di potassa caustica.

L'uovo raggiunge il suo sviluppo e si schiude per il passaggio della larva dopo 5-8 giorni; per questo suo sviluppo ha bisogno di particolari condizioni di temperatura (verso i 30°) e di umidità. Come ha dimostrato l'A. il meccanismo di apertura dell'uovo è conseguenza di variazioni nella proporzione di acqua nelle parti che lo costituiscono, analogamente a quanto si osserva nell'apertura dell'ovario di molte piante, nella rottura dello sporangio delle felci. Ciò spiega il fatto che per la schiusura dell'uovo è necessario un determinato grado di umidità e che tale schiusura non avviene nè in ambienti affatto secchi, nè in quelli saturi di umidità.

La larva, appena uscita dall'uovo, va subito in cerca di nutrimento, si sviluppa, e dopo tre mute, dà l'insetto sessualmente maturo.

I giorni che debbono necessariamente trascorrere da una generazione all'altra sono 17-27; di cui 2-4 per la gestazione, 5-8 dal parto alla nascita della larva; 10-15 per la maturazione di questa. Da osservazioni dell'A. si deduce che 1/5 delle larve si trasforma in maschi e 4/5 in femmine; sicchè da una sola coppia di pidocchi si hanno alla fine della terza generazione 223.440 uova.

Funzioni vegetative. — Il pidocchio si nutre di sangue e di linfa, direttamente dai vasellini del derma o dal sangue stravasato. A tale scopo il pidocchio dei vestiti lascia gli indumenti e si trasferisce alla superficie della cute, estroflette il rostro e lo infigge nella cute stessa. La saliva, che emette, ha un'azione anestetica passeggiera, ed una irritativa, ciò che spiega il fatto che il prurito, che essa determina, si verifica non al momento della puntura, ma alquanto più tardi, quando il pidocchio ha già terminato il pasto. Nel luogo della puntura rimane una macchietta oscura, che può persistere per qualche giorno, e che nei casi di vecchia data può anche dare melanodermia.

Talvolta le punture possono anche determinare fenomeni generali.

La quantità di sangue succhiata ad ogni volta varierebbe da mg. 0,5 a mg. 1,5.

Oltre a quello umano il pidocchio può succhiare quello di scimmia e di maiale, inadatto è quello di conigli, cavie e simili.

La respirazione si compie con un sistema di tubi o trachee, che si ramificano in tutto il corpo, portando l'aria a tutti gli organi. Tali tubi rimangono costantemente beanti e comunicano all'esterno per mezzo di aperture speciali, dette stigmi, di cui si vedrà in seguito l'importanza.

Nella vita di relazione del pidocchio hanno pure importanza gli organi dei sensi (tatto, olfatto, udito, vista) localizzati in organi speciali.

La durata della vita. — Non è molto lunga in confronto di quella che si osserva per altri insetti (pulci, cimici, ecc.); essa è in media di 34-40 giorni. Scarsa è la resistenza al digiuno, che è minima con le alte temperature (verso i 36°) e massima per quelle basse (verso i 10°): l'effetto deleterio delle temperature relativamente alte è dovuto alla maggiore attività della digestione, per cui l'insetto avrebbe bisogno di più frequente nutrimento; minima resistenza al digiuno la dimostrano le larve nella prima fase della vita.

Per quanto riguarda la *resistenza al calore,* si osserva che le basse temperature (anche 5°-15°) non hanno influenza sui parassiti, che restano solo intorpiditi e poi riprendono la vivacità, quando sono riportati a temperatura favorevole. Deleterie sono invece le alte temperature; le uova muoiono dopo 15' a 50° e dopo 5' a 60°; più sensibili sono le larve e gli adulti, che muoiono dopo 10' a 50° e dopo 3'-5' a 60°.

La migrazione dei pidocchi si compie sotto l'azione di stimoli termici (termotropismo), olfattivi (osmotropismo) e luminosi (fototropismo). Essi si dirigono verso l'ambiente che ha temperatura loro confacente (28°-30°), verso individui che emanano un odore soddisfacente per essi, sfuggono generalmente la luce.

Passano piuttosto rapidamente dall'ambiente inadatto a quello adatto, percorrendo circa 22 cm. al minuto e forse più. I movimenti sono più celeri sulle superfici ruvide (indumenti di lana, pelliccie, ecc.), ritardati ma non aboliti su quelle liscie.

Solo eccezionalmente il passaggio sul nuovo ospite si compie passivamente; al contrario di quanto aveva osservato Schilling il vento non può trasportare i pidocchi, che quando questi si trovino sopra superfici affatto lisce. Le mosche possono trasportare il pidocchio, ma è difficile che ciò avvenga poichè i pidocchi del vestito non si trovano alla superficie esterna.

Fissatosi poi sull'ospite, il pidocchio si difende dalle minaccie che gli incombono, in vari modi, sia tenendosi fortemente aggrappato con gli artigli, in modo da rendere assai difficile l'allontanamento, sia modificando il colorito del suo corpo secondo il colore dei capelli e della cute dell'ospite (mimetismo) sia cementando le uova ai peli ed alle stoffe.

La lotta contro i pidocchi.

La lotta contro questi insetti non è facile poichè essi posseggono mezzi di difesa contro la distruzione del tegumento, contro l'asfissia, contro il digiuno.

Serve al primo scopo la natura chitinosa del tegumento, che è solubile solo negli acidi concentrati ed è appena rammollita dagli ipocloriti alcalini. Per la distruzione dei pidocchi non è quindi possibile rivolgersi a mezzi che intacchino la chitina, per i danni che essi porterebbero all'ospite ed agli indumenti.

I liquidi che non intaccano la chitina non possono d'altra parte penetrare nell'interno del corpo, opponendovisi la chiusura degli sfinteri delle vie naturali.

Il meccanismo di difesa contro l'asfissia è costituito dagli stigmi, a cui si è accennato parlando della respirazione.

Queste aperture dell'apparato respiratorio possono, al momento opportuno, venir chiuse per mezzo di speciali meccanismi messi in azione da muscoli. In tali circostanze, si comprende che le polveri, i liquidi acquosi, ed anche le soluzioni alcooliche non eserciteranno alcuna azione, poichè alla minima eccitazione, il pidocchio si mette in stato di difesa chiudendo gli stigmi ed impedendo l'accesso delle sostanze che potrebbero nuocergli. E le riserve d'aria sono sufficienti per un certo tempo, anche senza nuova respirazione, poichè l'insetto riduce al minimo il consumo, tenendosi immobile.

Per sopperire poi ai possibili pericoli che potrebbero derivare da un prolungato digiuno, il pidocchio possiede accumuli di materiali di riserva, che gli permettono di resistere a lungo.

Anche le uova posseggono mezzi di difesa, nel loro guscio spesso e resistente, nei meccanismi che impediscono la penetrazione di polveri e di liquidi acquosi. Solo i gas, i vapori ed i liquidi a forte potere di penetrazione (petrolio, benzina, ecc.), potranno penetrare ed uccidere l'uovo.

Oltre a ciò agiscono in senso deleterio l'essiccamento, che può determinare l'apertura prima che le larve abbiano raggiunto il completo sviluppo, e l'umidità, che impedisce la schiusura delle uova e provoca quindi la morte delle larve, chiuse dentro il guscio.

I mezzi di lotta contro il pidocchio si riducono quindi a ben pochi, cioè al calore secco (1 ora a 80°), all'anadride solforosa (40 gr. di zolfo per mc. di ambiente) ed a cloroformio, benzina, ammoniaca, petrolio, allo stato liquido o di vapore.

I primi due mezzi esigono impianti ed apparecchi, che non sono a portata di tutti. La benzina ha l'inconveniente della infiammabilità, il petrolio anche quello di insudiciare; il cloroformio si ritiene troppo costoso; mentre l'ammoniaca, di cui l'efficacia è tuttora discussa, è poco usata per il suo odore.

Per la disinfestazione degli abiti e delle biancherie, l'A. consiglia un metodo che utilizza in modo ingegnoso le proprietà tossiche ed asfissianti dell'anidride solforosa. Invece di ottenere questa mediante la combustione dello zolfo, la si fa sviluppare con una reazione chimica, facendo agire l'acido solforico sull'iposolfito di sodio. In un recipiente di legno o di terra cotta in cui stanno le biancherie si mette una soluzione di acido solforico al 4 %, che non intacca i tessuti, vi si aggiunge poi una quantità doppia di soluzione di iposolfito al 20 %. I due liquidi a contatto sviluppano anidride solforosa anche nelle pliche più strette dei tessuti. In una ventina di minuti tutti i pidocchi e le loro uova sono morti. Si fa poi un'abbondante risciacquatura.

La soluzione di acido solforico non altera nemmeno i colori e solo si nota talvolta un leggero scoloramento uniforme delle tinte rosa e gialla.

In conclusione i mezzi pratici e sicuri per l'uccisione dei pidocchi consistono nel calore secco e nella anidride solforosa. Altri se ne potranno forse trovare in avvenire, valendosi specialmente della più profonda conoscenza che, in seguito alle ricerche dell'Alessandrini, abbiamo ora sui meccanismi di difesa dell'insetto. A. FILIPPINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Parma.

Seduta del 25 gennaio 1920.

(Presidenza: prof. L. RONCORONI, presidente).

Un nuovo semplicissimo strumento per toracentesi (Trequarti-aspiratore)

U. GABBI. — L'O. presenta un nuovo strumentino per toracentesi che, mentre riduce questa operazione alle proporzioni di una semplice puntura col trequarti, è atto ad esplicare l'azione aspiratrice e di sifone quale può ottenersi con i diversi apparecchi in uso. Esso rappresenta la unione del trequarti, della siringa e del sifone.

Si compone di una cannula avvitata ad un cilindro metallico dentro il quale scorre uno stantuffo prolungantesi con un gambo cavo fino all'estremità del cilindro stesso; lungo questo gambo e attraverso lo stantuffo passa il dardo che posteriormente termina con un bottone a vite mediante il quale si unisce al gambo dello stantuffo. La cannula dev'essere leggermente conica verso l'estremità libera, in modo da combaciare esattamente in questo punto con la estremità del dardo lasciando invece un piccolo spazio anulare attorno ad esso lungo il suo decorso. Il cilindro porta anteriormente un'apertura di sbocco conica alla quale si unisce un tubo di gomma, lun-

go oltre 30 cm., a pareti spesse e munito alla estremità inferiore di un rubinetto.

Per praticare la torancesi occorre anzitutto riempire di acqua il tubo di gomma, cosa molto facile e che si ottiene senz'altro anche durante l'immersione per la bollitura di sterilizzazione. Chiuso il rubinetto e applicato il tubo al trequarti, si fa la puntura e si ritira il dardo come con i comuni trequarti. Con questo movimento viene ritirato anche lo stantuffo e il liquido pleurico, anche se denso, è aspirato nel cilindro ed è portato a contatto dell'acqua del tubo. Si forma in tal modo, senz'altra manovra, il sifone, per effetto del quale, aperto il rubinetto, l'essudato defluisce fino a che si siano equilibrate le pressioni interna ed esterna. Se si mantiene l'estremità del tubo a circa 30 cm. dal trequarti, l'arresto del deflusso avverrà quando la pressione endopleurica sarà discesa alla norma, poichè nel cavo pleurico esiste normalmente una decompressione equivalente a 20 mm. di mercurio, ossia a circa 30 cm. di acqua.

Non è possibile con questo strumento la penetrazione di aria nella cavità pleurica. Quando si ostruisse la cannula del trequarti, si può accorciare il dardo girando la vite che lo fissa al gambo dello stantuffo e spingerlo in avanti senza pericolo di ferire la pleura viscerale, poi, previa chiusura del rubinetto, si rifà l'aspirazione.

Le prove già fatte in diversi casi hanno dato ottimi risultati dimostrando che lo strumento può essere effettivamente utile perchè semplice, pratico e razionale.

L'indagine radiologica nella valutazione di invalidità per postumi di ferite del torace

A. ROSSI. — L'O. dopo aver rilevato come lo studio delle conseguenze immediate delle ferite del petto hanno formato argomento di numerosi lavori, invece quello degli esiti lontani è stato scarsamente trattato, mentre è nel momento attuale di grande interesse il conoscere se queste ferite si siano cicatrizzate e quali sono i danni che possono essere residuati, si propone di portare il suo contributo personale illustrando le osservazioni più interessanti che ha potuto raccogliere nell'Istituto di Radiologia dell'ospedale maggiore di Parma in quest'ultimi quattro anni, scegliendo una quarantina di casi di antichi feriti del petto sopra più di 350 casi osservati.

E dopo avere ricordato quali sono le turbe che più comunemente vengono lamentate dagli antichi feriti del petto, si domanda: quali sono i rilievi radiologici che possono contribuire a spiegarle?

Sulla scorta dei casi che ha avuto l'occasione di studiare l'A. dimostra successivamente le lesioni delle pareti toraciche, della pleura, del polmone, del diaframma, del cuore.

Nelle pareti toraciche si osservano gli *esiti delle fratture costali* (callo anulare o piastrone osseo fenestrato che riunendo fra loro le coste in un callo unico, se la frattura interessava più coste, determina una anchilosi dell'emitorace colpito); processi di *osteite* mantenuti dalla permanenza di corpi estranei o da infezione del callo, nel focolaio di frattura; *deformazioni delle pareti toraciche*, consecutive ai traumi o ad interventi operativi.

Nelle pleure sono frequentissimi i postumi rilevabili ai raggi X: *piastroni parietali* sotto forma di ombre ovulari molto dense, a limiti ben netti, accollate alle regioni laterali; *pleuriti mediastiniche* (ombre paramediane), *sinfisi basilari* (aderenze totali delle cupole diaframmatiche, che le fissano in posizione elevata nel campo polmonare e ne limitano le escursioni respiratorie, aderenze parziali che provocano deformazioni a casco o appiattimento delle cupole o, ancora, si presentano sotto forma di ombre triangolari che fissano la porzione più esterna del diframma alle pareti costali, *costodiaframmatici; sinfisi estese* che deformano il torace come nelle comuni pleuriti plastiche; infine strie di *sclerosi* o *raccolte interlobari*.

Tra le evenienze meno comuni che si incontrano fra i postumi pleurici l'O. illustra casi di *fistole pleuriche* sostenute da raccolte saccate (liquide o idrograssose), o ancora da corpi estranei abbandonati nella cavità pleurica, e un caso raro di recidiva, in epoca lontana dal trauma, di un *pneumotorace totale*.

Per le lesioni della cupola diaframmatica sinistra si può osservare la comparsa di una *ernia* dei visceri sottostanti attraverso la ferita, ernia che il più delle volte è causa di morte, ma che in qualche caso permette un completo benessere simulando la grave infermità del ferito.

Nei campi polmonari si possono rilevare le caratteristiche delle *cicatrici* formatesi lungo la ferita del polmone nel tragitto del proiettile, oppure i segni radiologici di *sclerosi* polmonari più o meno estese.

Reperto assai frequente è la presenza, dal lato leso o da entrambi i lati, di *adenopatie ilari o mediastiniche* o di una accentuazione di tutto il disegno polmonare in modo da poterne seguire le arborizzazioni sino alla periferia.

L'O. dedica un particolare capitolo alle complicanze tardive pleuropolmonari e mette in rilievo come la ricomparsa di infezioni pleuropolmonari dal lato leso si debba temere assai più di quanto si creda ancor oggi.

Divide queste complicanze in due gruppi; nel

primo comprende osservazioni di *infezioni pleuriche o polmonari che definisce « a lento decorso »* non avendo potuto fissare con certezza se si trattava di vere forme tubercolari o piuttosto delle comuni infezioni, le quali hanno assunto una particolare lentezza e attenuazione. Nel secondo gruppo illustra quattro casi di *tubercolosi polmonare* nei quali la infezione è insorta tardivamente nella sede della ferita, lungo il decorso del proiettile, o dal lato del trauma.

Tanto nel primo quanto nel secondo gruppo l'O. mette in rilievo il nesso esistente fra il processo infettivo e la ferita o il trauma polmonare sofferto ed inoltre la grande importanza della radiologia per fissare questo rapporto, e che a sua volta è di capitale importanza per le conseguenze medico-legali.

Nell'apparato cardiovascolare si possono rilevare: gli *spostamenti del cuore*, totali o parziali; i primi si osservano generalmente associati alle sinfisi pleuriche (pleuropericarditi) ed allora tutto il cuore è deviato verso l'emitorace leso, aderenze parziali si osservano in corrispondenza dei seni cardiodiaframmatici fra diaframma e pericardio ed un esame accurato mette in rilievo la presenza in questi casi di ombre triangolari a base diaframmatica e con l'apice che si confonde col margine cardiaco (*frenopericarditi*). La mobilità del cuore è alterata.

In qualche caso l'O. ha potuto mettere in evidenza la presenza di piccole *sacche aneurismatiche* delle pareti vasali del fascio vascolare.

Da ultimo l'O. tratta la *invalidità dei portatori di proietti*: le sue osservazioni sono una conferma di quanto ha già avuto occasione di osservare nei primi tempi della guerra e cioè una grande tolleranza dei polmoni e del cuore ai proiettili; tuttavia ha potuto ora constatare una maggiore frequenza nella ricomparsa di infezioni tardive per la permanenza del proiettile in cavità, ed ancora il contrasto fra la tolleranza acquisita ad un proiettile con una invalidità grave del portatore, ben simulata in certi casi; infine la relativa frequenza di turbe cardiopolmonari nei portatori di proiettili nel mediastino.

Dallo studio della copiosa casistica l'O. trae le seguenti conclusioni:

1° Gli esiti delle ferite del torace sono molteplici, più frequenti, più importanti, e a volte più gravi di quanto fino ad ora si era creduto;

2° L'indagine radiologica, prezioso ed indispensabile sussidio, mette in evidenza lesioni anatomiche funzionali le più svariate, le quali permangono a lunga distanza di tempo inalterate o divengono progressive;

3° Queste lesioni sono indubbiamente la conseguenza diretta dei guasti apportati dai proiettili nel loro percorso delle complicanze che ne sono seguite, della permanenza del proiettile in cavità: esse chiariscono e giustificano la sindrome funzionale accusata dagli antichi feriti del petto;

4° Per gli esiti ricordati e per la permanenza di corpi estranei in cavità si determina una menomazione più o meno grave e progressiva del ferito, proporzionale all'entità delle lesioni anatomiche, alla sede, forma, volume, mobilità del proiettile;

5° Nell'assegnazione delle pensioni si dovrebbe ancora considerare come *invalido permanente* quel ferito del polmone che a lunga distanza di tempo dalla ferita presenta ancora lesioni tali (rilevabili clinicamente o ai raggi X) per le quali in casi di malattia dell'apparato respiratorio il polmone sano è in grado di supplire funzionalmente l'altro anche se le sofferenze accusate dal paziente sono lievi, o quando il paziente conserva proiettili nel mediastino e presso l'ilo polmonare, o non presenta aderenze pericardiche che alterino la funzionalità del cuore; e ritenere « *mutilato* » quel ferito del petto nel quale la funzionalità di un polmone è funzionalmente abolita od è gravemente minata da infezioni lente e recidivanti della pleura o del polmone stesso; quando presenta ectasie dei grossi vasi e del cuore, quando visceri addominali hanno fatto ernia attraverso la cupola diaframmatica, ed ancora quando il paziente è portatore di proiettili nelle pareti di grossi vasi o del cuore, ed infine nelle cavità di quest'ultimo anche se clinicamente i rilievi sono scarsi o negativi.

Ricerche chimico farmacologiche sulla Digitalis lutea.

VALENTI A. — L'O. premesso che non ha potuto trovare lavori farmacologici su questa digitale, mentre ha trovata qualche ricerca sulla Digitalis grandiflora o ambigua, riferisce i risultati delle esperienze chimico farmacologiche da lui fatte con la polvere delle foglie della D. lutea, pianta discretamente diffusa nelle colline della provincia di Parma, dove egli l'ha raccolta nell'estate scorsa.

La ricerca quantitativa della digitoxina praticata secondo il metodo di Keller, ha dato in quattro esperienze un contenuto medio di grammi 0.16 %, mentre la media della digitoxina estratta dalla D. purpurea, non supera il 0.26 %.

Sia con l'infuso della polvere, sia con la digitoxina da lui estratta l'O. riferisce le esperienze fatte sugli animali e presenta le grafiche di tracciati presi sul cuore di rana, e di pressioni sanguigne prese in cani normali, e in cani in cui la

pressione arteriosa era stata artificialmente abbassata col salasso o con iniezioni endovenose di cloralio. Somministrando poi lungamente — da trenta a quarantacinque giorni — a cani a dieta costante l'infuso della polvere della foglia o la macerazione in dosi relativamente alte — non ha potuto notare alcun perturbamento funzionale, salvo un certo aumento della secrezione urinaria.

Pertanto l'O. afferma che a dosi di circa il doppio di quelle adoperate per la D. purpurea, la D. lutea ha un'azione cardiocinetica del tutto simile a quella della purpurea con un meccanismo identico: si ha cioè polso più teso e meno frequente e un aumento della pressione sanguigna. Tali fenomeni sono specialmente evidenti nei cani a depressione arteriosa procurata sperimentalmente. L'O., avendo constatato che la D. lutea non presenta inconvenienti di sorta anche dopo lunga somministrazione, annunzia di aver intrapreso pure delle ricerche cliniche sui cardiopazienti in scompenso, e si riserva di riferire i risultati. VALENTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le reazioni della pleura e del peritoneo nella malaria.

V. CORDIER (*La Presse Medicale*, 25 agosto 1919) ha descritto i diversi aspetti delle reazioni pleuriche e peritoneali che si osservano nella malaria e ha distinto tre forme cliniche principali: *reazioni acute pleuroperitoneali con doppio versamento, reazioni peritoneali senza versamento, pleuriti malariche pure.*

Della prima forma cita il caso di un malarico da 4 mesi, nel quale, durante un'accesso febbrile si presentarono fenomeni addominali simili a peritonite da perforazione e nel quale in poche ore si formò un versamento pleuro-peritoneale, che presto scomparve senza lasciar reliquati, versamento nel quale l'esame citologico dimostrò il 90 per cento di mononucleari e numerose emazie.

Le reazioni peritoneali senza versamento insorgono con meteorismo addominale, difesa generalizzata della parete, singhiozzo, vomito alimentare o liquido, sensibilità dolorosa del frenico.

Nella pleurite malarica pura si nota apparizione rapida del versamento, evoluzione brevissima, pronta scomparsa senza reliquati, benignità che contrasta con il brusco insorgere. Inoltre l'esame citologico del liquido mostra spiccatissima mononucleosi e molte emazie.

L'A. ammette che l'ascite e la pleurite siano il risultato di un infiammazione causata direttamente dal parassita. CESETTI.

Sull'emoglobinuria malarica.

Le cause dell'emoglobinuria malarica (che dagli inglesi riceve la particolare denominazione di *blackwater fever*) si fanno risiedere o nella diminuzione della tensione osmotica del plasma, per modo che l'acqua passa nelle emazie e le gonfia sino a farle scoppiare, ovvero in una tossina che agisca sulla membrana cellulare, deteriorandola e provocandone la rottura. Secondo la prima teoria, che ha invero pochi sostenitori, sarebbe l'acido solforico del solfato di chinino, che possiederebbe l'azione emolitica; questa opinione è anche contraddetta dal fatto che l'emoglobinuria si osserva anche con il cloridrato di chinino, mentre invece l'acido cloridrico dovrebbe secondo Mc Cay aumentare la tensione osmotica ed impedire quindi la rottura della membrana cellulare.

La tossina malarica è una condizione *sine qua non* per l'emoglobinuria (W. E. Masters, *Journ of trop. medic and Legg.* 1 agosto 1919) ma non è una causa sufficiente; altre tossine debbono essere presenti per provocare la dissoluzione della membrana cellulare. La presenza dell'emolisina nel sangue malarico era stata dimostrata dal De Blasi, ma l'A. secondo le sue osservazioni personali, ritiene che a questo fattore necessario debbano aggiungersene altri, che sarebbero, nei casi da lui osservati, il chinino, in qualunque combinazione, il galil, neosalvarsan e preparazioni similari, la felce maschio seguìta da alcoolici.

fil.

La malaria nella prima infanzia.

La malaria primitiva si presenta sotto la forma di imbarazzo gastrico febbrile, che dura qualche giorno e può prolungarsi anche 2 o 3 settimane, facendo pensare a gastro-enterite, febbre tifoide, al colera infantile, talora ad una meningite tubercolare.

Tali forme (H. Lemaire, *Le Nourrisson*, 5 settembre 1919) sono seguìte da ricadute con elevazione brusca della temperatura, vomito e diarrea. Gli accessi ritornano a determinati intervalli, e possono dare anche la forma terzana o quotidiana.

Gli accessi perniciosi, a forma comatosa, o simulanti il colera infantile sono eccezionali. La malaria misconosciuta però, può avere un decorso grave con anemia caratteristica ed una vera cachessia acuta.

L'esistenza della malaria congenita è stata dimostrata dal reperto dei parassiti nel sangue materno, della placenta, della vena ombelicale. Essa si presenta improvvisamente con i caratteri di una ricaduta nei primi giorni di vita.

Come terapia, l'A. consiglia di praticare due volte al giorno iniezioni di 5-10 cmc. di soluzione di cloridrato di chinino all'1 per cento in siero

fisiologico. In linea generale, si preferirà però la via della bocca, somministrando 5-10 cg. di cuchinina o di tannato di chinino cinque volte al giorno. *r. s.*

Stricnina e malaria.

A proposito del lavoro di Vecchia e Segre, pubblicato nel nostro giornale (1918, pag. 1081) sull'attivazione stricninica dell'accesso malarico e sull'uso diagnostico di questa reazione, H. V. (*Journal des praticiens* 12 aprile 1919) fa osservare che tale opinione non è condivisa da tutti, come p. e. King, secondo il quale le recrudescenze non sono affatto la regola e non si può fondare su di esse un metodo sicuro di diagnosi.

È un fatto conosciuto dai fisiologi che la milza normale diminuisce di volume sotto l'influenza della stricnina. La contrazione risulta da una azione sui nervi che arrivano alla tunica muscolare dei vasi splenici ed ai muscoli lisci della milza. Tali nervi derivano dal ganglio semilunare del simpatico, che li fornisce da solo, senza che vi contribuisca il vago. Ora, siccome la stricnina è un eccitante del simpatico, può darsi che determini per questa via una contrazione della milza ed arrivi così a fare espellere i parassiti.

Ad ogni modo, quale che sia la sua interpretazione, non si può disconoscere la realtà del fatto clinico, anche se non è assolutamente costante. *r. s.*

Terapia combinata di chinino-blu di metilene nella malaria.

R. REITLER. (*Wien Med. Wochenschr*, n. 1 1920), ha tentata la somministrazione di blu di metilene in alcuni casi di malaria chinino-resistente, e potè constatare che tale sostanza, somministrata contemporaneamente al chinino o immediatamente dopo una cura chininica, faceva rapidamente scomparire gli accessi febbrili. In molti casi scomparivano anche i parassiti dal sangue circolante. Se si proseguiva a somministrare esclusivamente il blu metilene, dopo qualche tempo riapparivano gli accessi febbrili; ciò si poteva facilmente evitare, somministrando contemporaneamente od alternativamente del chinino. Si può regolarsi nel modo seguente: dopo aver fatto prendere al malarico per qualche giorno di seguito, 1 gr di chinino al giorno, gli si somministrano poi, per 3-5 giorni, 5 dosi giornaliere di blu di metilene, di 10 ctgr. ciascuna. Si dà di nuovo un gr. di chinino al giorno, nei due giorni seguenti; mentre nei prossimi 3-5 giorni, il malato riceve soltanto 5 dosi giornaliere di blu di metilene, di 10 ctgr. ciascuna. Si sospende ogni medicamento per 3-5 giorni, e si ricomincia poi la cura nello stesso modo. Questo schema si dovrà naturalmente opportunamente modificare per ogni singolo caso.

Nella malaria semplice, nella quale i parassiti sono sensibili all'azione del chinino, delle dosi di questa sostanza, per sè stesse inefficaci, determinano la scomparsa degli attacchi febbrili e la sparizione dei parassiti dal sangue circolante, se date contemporaneamente al blu di metilene. L'A. ha potuto constatare tali effetti in 44 malarici. Di questi soltanto 11 ebbero durante la cura combinata, un nuovo attacco febbrile, che fu però sempre l'ultimo.

A questi malarici l'A. somministrava giornalmente 2 dosi di chinino, di 20-25 ctgr. ciascuna, e 5 dosi di 10 ctgr. ciascuna, di blu di metilene.

Il blu di metilene, per sè stesso inefficace nella malaria, è dunque efficacissimo se dato contemporaneamente col chinino, oppure alternativamente con esso. Colla cura combinata di chinino-blu di metilene, si ottiene la scomparsa degli accessi febbrili nella malaria chinino-resistente; nella malaria semplice si riesce ad aver ragione della malattia usando delle dosi di chinino molto inferiori a quelle usuali. Questi risultati si devono probabilmente ascrivere al fatto che il blu di metilene rinforza notevolmente l'azione parassiticida del chinino. Ciò non è però che un'ipotesi.

POLLITZER.

DIAGNOSTICA.

La prova terapeutica nella diagnosi differenziale fra malattie di stomaco e di fegato.

La diagnosi differenziale fra malattie gastriche ed epatiche è talora un problema assai complesso, specialmente negli individui affetti da litiasi biliare, i sintomi gastrici sono frequenti, talora anche predominanti.

Dati anatomici e fisio-patologici concorrono a far comprendere come i quadri sintomatologici si sovrappongano ed assumano qualche volta la apparenza gastrica, altre volte quella delle affezioni della cistifellea. Nè sempre servono i segni particolari (localizzazione del dolore, stato nauseoso permanente, orario delle crisi dolorose) per arrivare ad una diagnosi esatta.

G. Leven (*Presse méd.*, 15 nov. 1919) consiglia di usare la prova terapeutica, che consiste in una dieta severa per assicurare il riposo gastrico, seguita da un'alimentazione leggiera, regolando anche la quantità delle bevande. Nel primo giorno si danno 1 1/2 litro di infuso caldo, nel secondo 850 cmc. di latte con 750 di tisana, il

terzo giorno 1500 cmc. di latte, nel secondo periodo, si segue una dieta meno severa. Condizione essenziale per il successo è il riposo, sia fisico (in letto nei primi giorni) che intellettuale.

L'A. prescrive, sistematicamente il bromuro di sodio (2 gr. al giorno a cucchiai nell'intervallo di pasti maggiori) ed in seguito una pozione di carbonato di bismuto (g. 10) con gomma arabica (g. 20) in acqua distillata sterilizzata (g. 300). Questa va presa, durante la giornata, a cucchiai ogni ora e mezza nei primi cinque giorni, ogni due ore, nei seguenti cinque, poi ogni 2 ore 1/2, diminuendo la dose, secondo i progressi realizzati.

Nell'eventualità di costipazione, si faranno fare dei clisteri, somministrati molto lentamente, in quantità non superiore ai 500 cmc.

Nei primi giorni, durante il soggiorno a letto e, poi, durante la notte, si faranno applicare sull'addome, compresse caldo-umide.

Questa terapia agisce su tutta la sintomatologia riflessa: se essa è efficace, si elimina l'idea di una malattia di fegato (colecistite o litiasi biliare) e di una malattia gastrica con *lesione*.

Si tratta allora di una dispepsia più o meno grave, complicata, suscettibile di cura medica.

Nel caso contrario (dopo 3-4 settimane) si può dire senza esitazione, che si tratta di litiasi o di colecistite, di lesione pilorica o duodenale che rendono necessario l'intervento del chirurgo.

fil.

La diagnosi precoce dei tumori mediante la biopsia.

I buoni risultati nel trattamento dei tumori maligni sono in rapporto con la precocità della diagnosi, quale può ottenersi con la biopsia. Si è però obbiettato che la semplice incisione di un tumore maligno può favorire la metastasi ed essere quindi assai dannosa per l'ammalato.

F. C. Wood (*Journ. of Am. med. Ass.*, 6 settembre 1919) ha eseguito numerose esperienze, per delucidare questo punto, ed ha osservato che la frequenza delle metastasi è funzione dell'età dei tumori; vi è quindi interesse ad asportare il tumore non appena fatta la diagnosi. Meglio sarebbe praticare immediatamente l'esame del frammento ed utilizzare la stessa anestesia per continuare l'intervento, come del resto si pratica nelle cliniche dei fratelli Mayo. Pertanto è probabile che un breve intervallo di 3-4 giorni, fra la biopsia e l'operazione, non sia dannoso.

fil.

Divergenze fra diagnosi cliniche e reperti d'autopsia.

H. T. Karsner, L. Rotschild e S. Crump. (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 30 ag. 1919) hanno confrontato la diagnosi clinica ed i reperti d'autopsia di 600 soggetti curati in due grandi ospedali, da medici distinti.

Si osserva anzitutto che vi è l'8 % circa di errori grossolani, in cui l'organo leso era affatto diverso da quello ritenuto come causa dalla diagnosi clinica.

Gli errori di minore importanza, in cui cioè la diagnosi era esatta, per quanto riguarda l'organo, ma non per la lesione, raggiungevano il 60 %.

Fra gli errori più frequenti sono da notarsi, la confusione della bronco-pneumonite con la pneumonite franca, della tubercolosi miliare acuta con la febbre tifoide, l'inesattezza nella localizzazione dei rumori cardiaci (36 %) e le cattive diagnosi delle affezioni pleuro polmonari diverse dalla polmonite (46 % dei casi).

Numerose le lesioni che rimangano misconosciute, quali le nefriti croniche, le suppurazioni renali e perirenali, le alterazioni del cuore e del pericardio, le lesioni epatiche, delle vie biliari, ecc.

Come conclusione, gli Aa. reclamano una serie di provvedimenti adatti per facilitare l'autopsia, modificando particolarmente la legislazione dei regolamenti ospedalieri e migliorando l'educazione delle masse in modo da far comprendere l'utilità della pratica delle autopsie, per la pubblica salute e per il benessere comune.

fil.

TECNICA.

Processi speciali d'omogeneizzazione per la ricerca dei bacilli di Koch negli sputi.

Il metodo descritto da Quelmé e Hoval (*Bulletin medical* Parigi, T. XXXIII, n. 23, 24 maggio 1919) ha dato il 40 % di positivi in soggetti solo sospetti o con forme sclerotiche:

1° Da 5 a 10 cmc. di espettorato, che si può provocare con somministrazione di 1 gr. di joduro di potassio per 3 giorni, vengono mescolati in provetta graduata con 20 cmc. di antiformina 40 %, stemperati fino ad omogeneità e lasciativi mezz'ora agitando ogni tanto;

2° Vengono aggiunti 30 cmc. di alcool a 60°, che abbassa la densità costantemente a 997-999 e rende inutile l'uso d'un densimetro;

3° Si versa la miscela, eventualmente dopo filtrazione attraverso ovatta sterile, in un separatore di circa 100 cmc., aggiungere 20 cmc. di etere, mescolare rivoltando parecchie volte e aprendo ogni tanto il rubinetto per caricare il liquido restante nel tubo e dar esito al gas;

4° Far riposare. Il liquido si separa in due strati. Fra di essi una pellicola, che contiene i bacilli. Dopo chiarificazione far defluire lo strato inferiore fino a livello della pellicola;

5° Far defluire il resto del liquido raccoglien-

dolo in un vetro d'orologio. Lasciar evaporare l'etere. Strisciar su vetrino e colorare col metodo Ziehl-Neelsen.

I bacilli sono talvolta un po' deformati e spesso riuniti in ammassi compatti.

BOL.

Diagnosi microscopica della sifilide nel periodo iniziale.

Soltanto la dimostrazione microscopica delle spirochete rende possibile la diagnosi precoce della sifilide. Nessun altro metodo biologico può rivelare la malattia nel periodo del sifiloma iniziale. Gli apparati richiesti per la dimostrazione in campo oscuro delle spirochete non sono però alla portata di tutti i medici, nè tutti posseggono l'esperienza necessaria per la difficile differenziazione della spirocheta pallida dalle altre specie di spirochete, che con grande frequenza si riscontrano specialmente nello smegma dei genitali maschili. Il metodo di prelevamento e conservazione del materiale da esaminarsi, descritto da J. Schereschewschy: (*Deutsche Med. Vochenshr.* giugno 1919), permette a qualsiasi medico pratico l'invio del materiale sospetto ai laboratorî speciali.

Dopo aver lavata accuratamente, con alcool al 70%, la superficie del sifiloma, si esamina la consistenza dei suoi margini, tastandoli coll'estremità capillare di una pipetta, munita di una pera di gomma.

La pipetta deve contenere 3–4 gocce di soluzione fisiologica; la punta deve esser rotta per essere più tagliente. Con questa punta si raschia il tessuto, non appena si avverte la consistenza di una parte sclerotica, fino a provocare una lieve fuoriuscita di sangue. Si fa allora cadere sul tessuto raschiato la soluzione fisiologica contenuta nella pipetta, esercitando una lieve pressione sulla pera di gomma, e si mescola coll'estremità capillare. Un tubo capillare piegato ad *U* di cui un segmento è di diametro maggiore dell'altro, permette di raccogliere il miscuglio di materiale e soluzione fisiologica. Tenendo il tubo per il segmento grosso, dopo aver fatto salire per capillarità il miscuglio nel segmento sottile, se ne fonde l'estremità alla fiamma. Egualmente si fonde il punto centrale della curvatura, nel quale punto si staccano poi i due segmenti. Il materiale sospetto è così riparato dall'aria e dal disseccamento, e si può spedire a distanza, chiudendo il capillare in un astuccio di metallo; il sangue, essendo mescolato alla soluzione fisiologica, non si coagula. L'A. potè constatare ripetute volte, che nel materiale così conservato, le spirochete erano ancora mobili dopo tre settimane.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1086). *Sulla resistenza del bacillo tubercolare nell'ambiente.* — All'abb. n. 1868:

Non è possibile dare l'esauriente risposta desiderata dal collega; tale resistenza dipende da molteplici fattori: quantità di germi, condizioni di umidità e di illuminazone, stato e pulizia dei pavimenti, ecc. Disaminando le questioni, i *se*, i *ma*, deprecati dall'interrogante, diverrebbero troppo numerosi.

Praticamente poi non dovrebbe riuscire difficile disenfettare pavimenti, parati, letti, oggetti di uso, dando l'ultimo colpo di grazia a quei pochi bacilli che possono avere resistito all'azione dell'essiccamento e della luce. Un po' di pulizia meccanica, il lavaggio con soda bollente per i pavimenti, la calce sulle pareti, il bucato per la biancheria, lo sciorinamento al sole per la lana dei materassi, il cresolo per i mobili, dànno sufficienti garanzie. Rimane la questione dei libri. Per chi ha la tubercolosifobia unico rimedio è quello di bruciarli, o meglio, nell'attuale carestia di carta, di mandarli al macero, dato che praticamente la disinfezione dei libri non ha ancora trovato una soluzione.

Ma crede proprio il collega che quei pochi germi che siano rimasti in vita sulla pagina di un libro sfogliato da un tubercolotico, eventualmente inalati dal nuovo lettore, possano, sommati con quelli che quotidianamente introduciamo nel nostro organismo, dare la carica necessaria per avere l'infezione. Sulla quale carica Fluegge da tanto tempo ha richiamato l'attenzione: l'illustre igienista, a questo proposito, è sempre rimasto molto scettico sulla possibile trasmissione della tubercolosi con le polveri inspirate. Non meno scettici sono stati altri igieniesti, tra noi il Sanarelli.

G. SAMPIETRO.

(1087). *Conservazione della linfa vaccinica.* — Al dott. G. Ruggeri da Cropano:

La linfa vaccinica, conservata a temperatura bassa, rimane attiva per mesi; è preferibile adoperarla non fresca, ma stagionata, perchè nel frattempo avviene un'autodepurazione dei germi che sono sempre presenti nel pus vaccinico.

Usando la linfa vecchia non si ha nessun inconveniente, salvo la diminuizione od anche la perdita della sua virulenza, se essa è stata conservata in cattive condizioni di temperatura, o se la sua preparazione risale a molto tempo indietro.

G. SAMPIETRO.

(1088) *Puntura lombare - Tecnica.* — All'abbonato n. 10925:

Lo strumento è un ago della lunghezza di 9 cm.; il calibro variabile a seconda dello scopo

che il medico si propone: largo per vuotare il liquor d'un meningitico, **piccolo** (6/10 di m. m.). se la puntura è fatta a scopo diagnostico in una malattia nervosa. Deve essere accuratamente sterilizzato.

La posizione da dare al malato è o la *seduta* con tronco curvo, o il decubito laterale, col tronco ripiegato: la posizione seduta, che è più pericoloso per il malato, è più comoda per l'operatore.

Il punto di repere classico è lo spazio tra la IV e la V vertebra lombare: si ottiene facilmente congiungendo con una linea le creste iliache. Può però essere praticata senza dànno la puntura al 3° e al 2° spazio lombare.

L'ago s'infigge nella regione mediana tra una e la sottostante aprofisi spinosa, e in tal caso la direzione è orizzontale: l'esperienza dà la netta sensazione dell'entrata dell'ago nella sacca rachidea; oppure la puntura può essere fatta lateralmente al punto notato (0.5-1 cm. all'esterno); però allora all'ago, entrato nei tessuti molli, deve essere data una direzione verso la linea mediana ed un po' in alto.

La puntura mediana ci sembra la più semplice e pratica. *t. p.*

(1089). *Trattati di ginecologia.* — Al dott. D. G. Trieste:

LABADIE-LAGRAVE e LEGUEU. F. «Traité méd.-chir. de gynécologie». Parigi, Alcan ed., 1914. Fr. 30.

FORGUE e MASSABUAN. «Traité de gynécologie» (fa parte del Traité de chirurgie di DELBET e LE DENTU). Baillière, Parigi 1916. Fr. 25.

Th. WATTS EDEN e C. LOCKYER «The new system of gynaecology». Tre volumi, Macmillan, Londra, 1918. Sterline 6 e 6/s.

POZZI S. «Trattato di ginecologia». F. Vallardi, Traduz. Milano, 1914. L. 30.

MANGIAGALLI. «Ginecologia» (in corso di pubblicazione). F. Vallardi, Milano. *r. s.*

(1090). *Trattati di otorinolaringoiatria.* — Al dott. O. M. da M.:

Ecco i trattati più recenti che posediamo:

GRADENIGO: Patologia e terapia dell'orecchio e delle prime vie aeree. Torino, Lattes, 1903.

NICOLAI: Anatomia topografica e metodi di esame del naso, faringe, laringe, orecchio ed esofago. Milano, Hoepli, 1903.

FERRERI: Manuale di terapia e medicina operatoria dell'orechio. Roma, Soc. D. Alighieri, 1899.

GAVELLO: Compendio di patologia e terapia dell'orecchio. Torino, U. E. T., 1906.

MASSEI: Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe. Vallardi, s. d. *g. b.*

(1091). *Trattati elementari d'igiene.* — All'abbonato n. 1577:

Veda le risposte date nel 1919 sotto i nn. 1065 (pag. 469 del fasc. 15) e 1092 (pag. 729 del fascicolo 23) di questa rubrica. *R. B.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

R. BENSAUDE: *Traité d'endoscopie recto-colique.* Volume rilegato, di 48 pagine con 33 figure nel testo e 55 figure fuori testo in nero e a colori. — (Masson e C. editori). Fr. 28.

Il rettoscopio è indispensabile per lo studio dei segmenti inferiori dell'intestino come il laringoscopio per l'esame delle vie respiratorie superiori. Il Bensaude, che da molti anni si occupa di tale mezzo di diagnosi, in questa sua applicazione vuole fare di esse un metodo di esame di grande aiuto anche per i medici generali, sia dimostrandone l'importanza sia dettando in forma chiara i principî generali di diagnosi e portandovi un ricchissimo contributo personale.

La ricchezza e l'esatezza delle figure a colori, il loro valore artistico rendono il libro di Bensaude indispensabile nella biblioteca di ogni medico, che voglia rendersi conto della patologia del retto e della S iliaca.

Lo studio dettagliato che l'A. fa dell'aspetto dell'ultima porzione dell'intestino in tutte le forme dissenteriche facilitano molto l'interpretazione di molte affezioni del colon che l'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato molto frequenti e spesso non sospettate.

P. A.

ASA C. CHANDLER. *Animal parasites and human disease.* Un vol. rilegato in-8°, di pag. 533 con 254 fig. Chapman e Hall. ed. Londra. — Prezzo 21 scell.

Il notevole sviluppo preso dalla parassitologia, le recenti acquisizioni fatte in questo campo, in occasione della guerra, la grande importanza medica-igienica ed economica di questa branca di scienza, rendono necessario che le cognizioni in tale campo siano il più possibile difluse e precise. Il libro dell'A. non appartiene a quella categoria di opere, irte di difficoltà, solo adatte per gli iniziati, ma si dirige a ben più larga schiera, per la forma piana, quasi popolare, dell'esposizione per le considerazioni che mettono in rilievo l'importanza anche economica e sociale dell'argomento.

Di ogni classe (protozoi, vermi, artropodi) viene dapprima fatta una descrizione generale, a

cui segue poi quella particolareggiata dei singoli parassiti, con indicazioni sulla malattia che provocano e sui principali mezzi di lotta.

Il lavoro non è esente da difetti; vi sono p. e. affermazioni troppo recise (la febbre gialla è *almost beyond question*) dovuta ad un protozoo; l'intensità della reazione di Wassermann dipende dal *numero* delle spirochete presenti nel corpo) oppure non perfettamente rispondenti a verità (il chinino provoca l'aborto) la cura della piorrea alveolare sarebbe l'ameba, scoperta dal Chiavaro a cui non si accenna affatto.

Il contributo degli italiani è quasi completamente trascurato: in tutto il capitolo della malaria non c'è un nome italiano, salvo quello di Grassi, apposto ad una meschina figura la quale non ha nulla a che vedere con quelle magnifiche degli Studi di un zoologo sulla malaria. Ma ormai a queste dimenticanze, come alle consuete storpiature dei nomi (Savarelli e Fracastorio per Sanarelli e Fracastoro) siamo abituati, e pure risentendone l'amarezza, non possiamo tenerne gran conto per giudicare il valore di un libro.

fil.

VARIA.

Un museo di chirurgia. — Fra gli innumerevoli musei di Londra ce n'è anche uno di chirugia, che raccoglie un interessantissimo materiale per la storia di questa, che è una scienza e un'arte nello stesso tempo. Esso appartiene alla Società britannica dei chirurgi. Tra i cimeli di cui il museo è entrato ultimamente in possesso è la cassetta contenente i ferri e gli strumenti chirurgici che l'eploratore africano Davide Livingstone portò seco in tutti i suoi viaggi dal 1865 al 1872, anno in cui morì durante un viaggio al Lago Tanganica, da dove la sua salma venne l'anno appresso riportata alla costa dello Zanzibar da alcuni del suo seguito. La cassetta degli strumenti chirurgici, apprendiamo dal *Dail Mail*, venne regalata dal figlio del Livingstone ad un dottor Dunlop di Glascow, il quale la passò poi al Museo di chirurgia insieme con altre interessanti reliquie del Livingstone stesso. Tra queste è una riproduzione in gesso dell'ossatura della spalla dell'esploratore, con le tracce della ferita che egli ebbe a riportare quando venne assalito da un leone che per poco non lo sbranò. Si ricorda che fu appunto per mezzo di questa clavicola spezzata e rinsaldata che il dott. Ferguson potè identificare con assoluta certezza i resti del Livingstone, che riposano ora nell'Abbazia di Westminster.

(Dalla « Rivista Sanitaria Siciliana »).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BILANCIONI GUGLIELMO: Su di un caso che illustra i rapporti fra occhio e orecchio in patologia. — Firenze, 1919.

BILANCIONI GUGLIELMO: Concetto della resistenza e della debolezza respiratoria. — Napoli, 1919.

SAMAIA NINOG Johannes Ulricus Bilguer. Il precursore della chirugia conservatrice. — Bologna, 1919.

GIORDANO ENRICO: Le ferite del pulmone, il loro meccanismo di emostasi e la loro cura. — Napoli, 1919.

GIOSEFFI M.: Per la lotta contro la malaria in Istria. — Napoli, 1919.

RIVA-ROCCI S.: La fragilità vasale nell'infanzia. — Varese, 1919.

BARTOLOTTA ERCOLE: Saggio critico di patologia e clinica oculistica coloniale. Le malattie congiuntivali epidemiche in Libia. — Tripoli, 1919.

BUSACCHI PIETRO: Caso di cirrosi epatica infantile. Contributo allo studio degli edemi di origine epatica. — Firenze, 1919.

BARDUZZI D.: Parole commemorative per il IV Centenario di Leonardo da Vinci lette nella R. Accademia delle scienze, detta dei Fisiocritici, di Siena. — Siena, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici smobilitati ed i concorsi nelle ferrovie dello Stato.

Il *Policlinico* ha dato l'annunzio che il Ministro dei trasporti marittimi e ferroviari ha nominato una commissione per studiare il riordinamento dei servizi sanitari delle Ferrovie, dell'Aeronautica e della Navigazione. In molti medici specie smobilitati era già sorta la speranza di un concorso a breve scadenza per coprire i posti che risulteranno disponibili, posti che per i vantaggi di carriera son fra i più ambiti. Qualche notizia però circola al riguardo, che se vera, non può rassicurare coloro che aspirano ad intraprendere la carriera stessa.

Si dice, infatti, che i posti di ispettori sanitari nel Ministero dei trasporti saranno riservati agli attuali medici di reparto delle Ferrovie, e che in questo senso siano state date assicurazioni da alcuni dirigenti e commissari.

Di una simile decisione noi non avremmo ragione di lagnarci, qualora i medici di reparto fossero stati nominati in seguito a concorso, al quale avessero potuto prendere parte tutti i medici d'Italia. Ma le cose non stanno così. Pur prescindendo dai numerosi medici nominati dalle società private senza alcuna larva di concorso, sta di fatto che anche sotto l'azienda statale hanno potuto aspirare al posto di medico delle Ferrovie solo quei pochi colleghi che per ventura risiedevano nei piccoli comuni prossimi alle stazioni. Senza dire che nella maggior parte delle località la nomina cadde su l'unico concorrente medico condotto che vi risiedeva; in altri paesi, per una disposizione regolamentare, la quale prescrive che è preferito il medico condotto che ha nella sua zona la ferrovia, non potevano aspirare i liberi professionisti. Vi sono, è vero, teoricamente, i posti delle grandi città ai quali tutti possono aspirare. Ma qui per inesplicabili ragioni non è stato mai bandito un concorso, ed i posti vacanti furono sempre alla chetichella coperti con una provvisorietà che minaccia di divenire definitiva. Durante la guerra poi poterono essere nominati solo quei colleghi, che per ragioni varie rimasero nelle proprie residenze, riuscendo ad accaparrarsi tutti i posti militari locali e tutti quelli civili disponibili, e tra questi quelli delle Ferrovie.

In queste condizioni con quale serietà, e sopratutto con quale senso di giustizia e di onestà, si possono riservare, conferire come un diritto acquisito, indiscutibile a questi pochi privilegiati, la cui nomina nella ipotesi più favorevole è dovuta al mero caso, i posti di carriera del servizio sanitario ferroviario, posti ai quali prima della guerra potevano aspirare tutti?

Se così si facesse si verrebbe a consacrare un assurdo giuridico e morale.

Che alcuni colleghi abbiano avuto profitto dallo stato di fatto creato dalla guerra nulla di male, ma non è ammissibile che si voglia far derivare da questo profitto straordinario un diritto a danno di coloro che dalla guerra non hanno avuto che sofferenze e danni.

Noi medici smobilitati eleviamo specialmente alta la protesta non solo per il diritto da noi sempre affermato che il sacrificio dei nostri interessi professionali fatto per tanti anni alla Patria non debba più oltre essere a vantaggio di coloro che della nostra assenza già si sono abbastanza giovati, ma anche perchè il servizio da noi prestato presso le truppe e negli ospedali militari, e l'affinità delle mansioni da noi esercitate durante la guerra con quelle di medici ferroviari, ci dànno il diritto di aspirare giustamente ai posti di ispettori sanitari delle ferrovie.

Noi potremmo pretendere che nella valutazione dei titoli fosse dato valore al servizio militare prestato, alla circostanza che noi per attendere al nostro dovere non abbiamo potuto formarci, come gli altri, cultura e titoli sufficienti per competere con gli altri, potremmo pretendere insomma che si tenesse conto dei sacrifici fatti, del danno patito, della mancata nostra valorizzazione culturale e professionale. Ma noi non domandiamo tutto ciò. Noi chiediamo soltanto, e non sapremmo essere più modesti, che ci si faccia un trattamento eguale a quello che si fa ai colleghi che sono rimasti a casa fra i comodi della vita, allietata dai maggiori guadagni. Noi non chiediamo nessun privilegio per essere stati in guerra, ma domandiamo che la guerra non avvantaggi altri a danno tutto nostro, esclusivamente nostro. Non domandiamo che ci siano riservati posti senza concorso, ma domandiamo di poter concorrere a condizioni eguali con tutti i nostri colleghi. Domandiamo di non essere messi fuori legge. Domandiamo soltanto il diritto alla vita. E confidiamo che la nostra Associazione sappia tutelare questo nostro elementare diritto presso il Ministro dei trasporti.

Un gruppo di medici smobilitati.

Cronaca del movimento professionale.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

In una seduta dell'assemblea dell'Ordine dei medici di Palermo, tenuta il 18 gennaio u. s., il dott. F. Salpietra ha riferito sulla questione concernente l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Dopo ampia discussione fu nominata una commissione per studiare subito le proposte concrete.

La Commissione formulò il seguente ordine del giorno, approvato dall'assemblea all'unanimità.

« I medici della città e provincia di Palermo riuniti nella sede dell'Ordine il 24 gennaio 1920 in assemblea straordinaria, per discutere intorno al progetto di legge sulla assicurazione obbligatoria contro le malatie, plaudendo al concetto informatore della legge che apporterà un notevole progresso nel campo sanitario e sociale, fanno voti :

1° Che la tutela dei diritti acquisiti dai medici condotti sia conciliata con quella degli interessi delle altre categorie di medici, in modo che tutti possano beneficare, in eguale misura, dei vantaggi della legge;

2° Che l'assicurazione sia estesa anche agli ammalati di mente e che quindi i manicomi pubblici siano considerati alla stessa stregua degli ospedali e degli altri istituti di cura;

3° Che il congedo annuale di studio sia elevato ad un mese per il necessario perfezionamento clinico-scientifico dei medici fiduciari;

4° Che per la nomina a medico fiduciario sia considerato come titolo necessario ed indispensabile, il periodo di almeno un biennio di esercizio ospedaliero o in Istituti clinici;

5° Che nel convegno amministrativo degli istituti assicuratori, provinciali, l'elemento tecnico sia preminente su quello burocratico;

6° Che il numero degli assicurati attribuiti ad ogni medico fiduciario sia fissato a mille per ogni medico.

7° Che nella nomina dei medici fiduciari sia tenuto in giusta considerazione il titolo di coloro che, essendo stati al fronte, ebbero a patire i maggiori danni della guerra;

8° Che non trascuri l'elevamento morale, intellettuale ed economico del personale di assistenza degli ospedali ed altri luoghi di cura;

9° Che il trattamento economico iniziale dei medici ospedalieri sia equiparato a quello dei medici fiduciari;

10° Che il progetto di legge completo, prima della presentazione al Parlamento, sia comunicato per conoscenza a tutte le Presidenze degli Ordini dei medici del Regno ».

ATTI PARLAMENTARI.

Per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Ad un'interrogazione dell'on. De Capitani relativa al progetto di legge sulle Assicurazioni, il Ministro ha dato la seguente risposta scritta :

« In conformità al desiderio espresso dall'onorevole interrogante il Governo nella seduta del 5 febbraio ha presentato contemporaneamente al Parlamento il disegno di legge sulla Assicurazione malattie ed i decreti da convertirsi in legge sull'assicurazione infortuni agricoli, invalidità e vecchiaia, e disoccupazione; ed è intendimento del Governo di proporre che tutti gli accennati provvedimenti siano esaminati da una unica Commissione appunto perchè siano coordinati ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La Sanità nel Bilancio del Ministero dell'Interno.

La relazione che accompagna il Bilancio del Ministero dell'Interno nella parte che tratta della Sanità pubblica, osserva che questa richiede, nell'attuale momento critico dopo la guerra, la maggior cura da parte del Governo e del Parlamento, per efficacemente combattere la diffussione delle malattie infettive.

Occorre che la Direzione generale della Sanità pubblica abbia un maggior numero di elementi tecnici a sua disposizione e che si assicuri un efficace coordinamento tra le azioni che esplicano la Croce Rossa e la Sanità Militare. Occorre sopratutto che, per provvedere efficacemente alla tutela della sanità pubblica, il Governo abbia a sua disposizione alcuni medici igienisti, non essendo sufficienti gli Ispettori ora esistenti che possono occorrere quando il bisogno lo richieda.

E' urgente anche disciplinare meglio ed organicamente il contributo che in caso di epidemia, possono essere chiamati a prestare la amministrastrazione militare e la Croce Rossa.

In merito all'insalubrità delle abitazioni rurali ed urbane, la Relazione afferma che occorrerà provvedere in modo radicale e completo ad estendere a tutte le case urbane e rurali, pericolose dal punto di vista igienico e sanitario, i provvedimenti per le riattazioni d'ufficio, previsti dalla legge, rispetto all'abitazione degli agricoltori; enunciando così il principio generale del dovere di ogni proprietario di mantenere in condizioni di abitabilità le proprie abitazioni.

Disposizioni concernenti le acque minerali e gli stabilimenti termali-idroterapici, di cure fisiche e affini.

Un D. R., n. 1924, in data 28 sett. 1919, inserito nella *Gazz. Uff.* del 25 ott. 1919, n. 254, approva il regolamento per la esecuzione del capo IV della legge 16 luglio 1916, n. 947.

Il regolamento si compone di 40 articoli distribuiti in 5 titoli.

Acque minerali. Sono dapprima definite le operazioni che non ne modificano i caratteri di ac-

que naturali (approvvigionamento in vasca, restituzione del gas, decantazione, ecc.): le acque minerali sottoposte ad altre operazioni si considerano come artificiali.

Per ottenere l'autorizzazione a mettere in vendita un'acqua minerale naturale nazionale, occorre inoltrarne istanza al Ministero dell'Interno (pel tramite della Prefettura ove scaturisce la sorgente) e indicare il nome col quale l'acqua sarà posta in vendita, le caratteristiche salienti di essa, gli eventuali trattamenti ammessi, ecc., e corredare l'istanza di una serie di documenti: dati analitici particolareggiati, planimetria della località, relazione sul bacino idro-geologico, descrizione degli impianti o dei progetti (opere di captazione e di condottura, locali e macchinari per l'imbottigliamento, ecc.), schema di regolamento interno, parere dell'ufficiale sanitario comunale, attestato comprovante che la direzione tecnica è assunta da un dottore in medicina o in chimica o in chimica-farmacia, preferibilmente versato in idrologia, ecc.

Per le acque artificiali occorrono dati analitici sull'acqua prima e dopo il trattamento e la descrizione particolareggiata del trattamento stesso.

Per le acque straniere è prescritta una documentazione analoga alle precedenti, adattata alle speciali contingenze; di più si richiedono i campioni dell'acqua, quale viene posta in vendita, in triplice esemplare.

Alle domande il Ministero dà esito per mezzo di decreti.

Stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche ed affini. Ne sono anzitutto definiti i caratteri; poi è stabilito che per l'apertura e l'esercizio di essi occorre inoltrarne domanda al prefetto, corredandola di uno schema di regolamento interno, della dichiarazione di un dottore in medicina, preferibilmente versato in idrologia, idroterapia, terapia fisica od igiene, il quale assuma la direzione tecnica dello stabilimento, del parere dell' ufficiale sanitario comunale e di una serie di documenti tecnici che variano a seconda della natura degli stabilimenti (per gli stabilimenti termali planimetria, dati analitici e relazione idro-geologica; per tutti gli stabilimenti descrizioni dettagliate dei progetti o impianti). Il Ministero emette un decreto di autorizzazione.

Disposizioni generali. È istituita presso il Ministero dell' Interno una Commissione centrale consultiva per le acque minerali, composta di 15 membri. Le spese per le visite occorrenti da parte della Commissione sono a carico dei richiedenti.

Altre norme concernono la dichiarazione di pubblica utilità, la vigilanza sanitaria, disposizioni generali varie e disposizioni transitorie.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8149) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D'A. da C. Anche il Comune ove presta servizio da interino è obbligato al pagamento della indennità caro-viveri sempre che il posto sia vacante per mancanza e non per temporanea assenza del titolare. Le compete la indennità di lire 65 mensili, se celibe e di lire 100, se ammogliato oltre centesimi 85 per ogni figlio, dopo i primi tre. La indennità decorre dal 1° gennaio 1919. In caso di rifiuto o di oscitanza del Comune si rivolga alla G. P. A.

(8151) *Servizio medico interinale - Compensi.* — Dott. V. C. da T. Non può pretendere il trattamento di cui allo articolo 1 del D. L. 22 agosto 1915, n. 1311 perchè il Prefetto non lo requisì, ma la prego di non insistere nella rinunzia al servizio interinale. Oltre a ciò, Ella era già sul posto ed esercitava da tempo l'interinato che non avrebbe potuto, in quell'epoca, facilmente abbandonare. Non essendo stato dalle competenti autorità approvata la deliberazione di esonero della R. M. sullo stipendio, è doveroso che Ella paghi tale imposizione, che è eminentemente personale. Durante il tempo che fu requisito, ha diritto ai compensi stabiliti dal precitato D. L. dell'agosto 1915. Se lo stipendio non fu allora fissato lo faccia fissare ora. Per la specialità del momento, in cui il servizio fu fatto, ben può essere fissato compenso alquanto superiore al normale.

(8152) *Sostituzione reciproca - Trasferte dell'ufficiale sanitario - Pensioni - Caro-viveri.* — Dott. O. B. da M. Ordinariamente la supplenza reciproca fra i colleghi in caso di congedo, è gratuita, perchè sanzionato espressamente nel capitolato. Qualora il capitolato nulla dica in proposito, si può esigere dal Comune il compenso che all'uopo potrà essere, di accordo, fissato. Le indennità di missione dei funzionari dello Stato sono regolate dal D. L. del 14 settembre 1918, n. 1311, il quale, stando a quanto dispone il capitolato costà in vigore, sarebbe applicabile anche al personale municipale tecnico dipendente. La indennità varia a seconda dello stipendio, e va da un minimo di lire 15 ad un massimo di lire 30 giornaliere, riducibili di un terzo, se la missione si compia nel medesimo giorno o nell'àmbito di piccole distanze. Lo stipendio del medico condotto e quello dell' ufficiale sanitario, non si addizionano per la liquidazione della pensione, tranne che nel regolamento speciale per la pensione comunale non sieno state incluse all'uopo opportune facilitazioni. Il diritto alla pensione comunale non si perde per l'acquisto di

un altro posto che porta eventuale diritto a pensione, tranne che nel regolamento, che sarà pubblicato, non sia diversamente disposto. Se il medico è celibe ha diritto al caro-viveri di lire 65 mensili, se è ammogliato, a quello di lire 100. Anche se celibe può avere la indennità di lire 100 mensili, purchè abbia persone di famiglia conviventi ed a carico minori od inabili al lavoro.

(8154) *Esenzione dalla tassa di R. M.* — Dottor G. C. S. da S. S. Essendo stato lo stipendio elevato da lire 3300 a lire 6000 ed essendo stata soppressa la condotta piena, si è modificata tutta intera la base del capitolato con il quale nel 1910 fu espletato il concorso. Niente di più facile che l'autorità tutoria, nell'approvare i nuovi atti, con i conseguenti aumenti, abbia ritenuta la opportunità di ridurre alla legalità la percezione della R. M. e l'abbia imposta a carico del medico condotto. Questi ora non può riferirsi nè al bando di concorso nè alla deliberazione di nomina, per ottenere l'esonero dalla R. M., perchè l'uno e l'altra sono stati, come si disse, profondamente in seguito modificati.

(8155) *Ricchezza mobile - Indennità cavalcatura.* — Dott. B. C. da C. Anche sulla somma che si riceve a *forfait* per il servizio della cavalcatura, si deve pagare la R. M. Nel caso, potrà chiedere congruo aumento all'Amministrazione municipale od alla G. P. A.

(8156) *Ufficiale sanitario - Incarico provvisorio.* — Dott. E. F. da T. Le osservazioni fatte dal Consiglio provinciale sanitario sono giuste perchè, trattandosi sempre di incarico provvisorio, non vi è ragione di toglierlo a chi lo tiene ed esercita lodevolmente da molti anni, per darlo anche provvisoriamente ad altri, che può essere nuovo dell'ambiente ed ignaro delle condizioni igieniche e sanitarie della città. Sarebbe il caso di far premure perchè fosse bandito il concorso per procedere a nomina definitiva dell'ufficiale sanitario.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4901: Ella ha diritto all'indennità di congedamento. Le disposizioni relative sono pubblicate nella dispensa 14 del G. M. del 1919.

All'abb. n. 10227:

I capitani medici sono inscritti nel quadro di avanzamento sino all'anzianità 11 novembre 1915; l'ultimo promosso è il maggiore Binaghi.

Al dott. A. C. da S. A. a S.:

Ella deve rivolgersi al Ministero della guerra (Direzione generale Servizi logistici ed amministrativi - Divisione assegni) e può farlo direttamente oppure pel tramite del Comando di distretto dal quale dipende come ufficiale in congedo.

M. G.

(28)

CONDOTTE E CONCORSI.

GENOVA. *Premio Maragliano.* — Il rettore della R. Università di Genova rende noto che è aperto il concorso, per il corrente anno 1920, al « Premio Maragliano » a norma dello Statuto organico approvato con R. decreto 25 luglio 1913, n. 955 e del Regolamento 9 marzo 1910.

Il premio è fissato in lire mille: esso verrà assegnato al migliore lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi.

Gli aspiranti al « Premio Maragliano » dovranno trasmettere al Rettore della R. Università di Genova tre copie del lavoro scritto a macchina, o in bozze di stampa, non essendo ammessi lavori già precedentemente pubblicati.

I lavori devono portare il cognome e nome dell'autore e l'indicazione del Laboratorio od Istituto nel quale furono eseguite le ricerche, e saranno inviati raccomandati e con ricevuta di ritorno al Rettore della R. università di Genova prima delle ore 12 del 31 dicembre 1920.

Una Commissione composta del Direttore della clinica medica della Regia università di Genova che n'è il presidente, e di due professori di clinica o patologia medica del Regno che saranno designati dal Ministero della Pubblica Istruzione, esaminerà i lavori dei concorrenti, assegnando al più meritevole il « Premio » stabilito.

Il vincitore potrà ritirare la somma del « Premio » presso la Tesoreria del comune di Genova, dietro esibizione del mandato relativo rilasciatogli dal Rettore della R. università.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della R. università di Genova.

VENEZIA. *Società Veneziana contro la tubercolosi.* — A tutto il 15 aprile è aperto il concorso al posto di medico del *Dispensario antitubercolare* con lo stipendio di L. 8000 oltre agli assegni di caro-viveri. Età massima 35 anni; laurea da tre anni almeno; titoli. Divieto dell'esercizio libero. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Società, presso l'Ospedale Civile.

NEW JORK. *Borsa di studio Maria Putman Jacob.* — L'associazione fra le medichesse di New Jork offre la borsa di studio Mary Putman Jacob di dollari 800. Potrà essere assegnata ad ogni medichessa per un lavoro su qualunque delle scienze mediche. La borsa non è attribuita dietro concorso; ma dietro prova di abilità e promessa di successo nella branca di lavoro scelta.

Le domande per l'anno 1920-21 debbono essere rivolte al Comitato, per la decisione, entro il 1° aprile 1920 e debbono essere accompagnate da: certificato di completa buona salute; attestati di abilità e carattere; nota dettagliata degli studi compiuti; esposizione del lavoro del quale il richiedente propone di occuparsi mentre ha la borsa; copia, se del caso, di lavori in forma di articoli o relazioni di ricerche eseguite.

Due relazioni saranno presentate da chi detiene la borsa: una a circa metà del lavoro, l'altra deve costituire un resoconto dettagliato per la pubblicazione sulle ricerche ultimate.

Ogni domanda dev'essere indirizzata alla segreteria Rose Cohen 151 West 7 8 th Street New York City (S. U. d'A.).

Diffide e boicottaggi.

Sono diffidati i seguenti concorsi:

Altavilla Monferrato (Alessandria), Barlassina (Milano), Bugnara (Aquila), Camaiore (Massa-

Carrara), Campiglia Marittima (Pisa) per la frazione Venturina, Campofiorito e Bolognetto (Palermo), Castelnuovo Valdicecina (Pisa), Castagnito (Cuneo), Cavaglia con Dorzano, Cellio con Prera, Bolello e Piana Monti (Novara), Ceresole (Cuneo), Confienza (Pavia), Ferrara (l'intera provincia: Codigoro, Copparo, ed altri eventuali), Fiuminata (Camerino), Guiglia (Modena), Macchia (Foggia), Montureto (Modena), Pavullo nel Frignano (Modena), Posta (Aquila), Reggiolo (Reggio Emilia), Roviglio (Reggio Emilia), San Miniato (Arezzo), Savigliano (Cuneo), Serravalle Langhe (Cuneo), Solignano (Parma), Thiene (Vicenza), Tremiti (Foggia) per la colonia dei coatti, Vetto d'Enza con Novellara (Reggio Emilia), Villarboit con Lenza e Greggio (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

ORDINE MAURIZIANO.

Grande ufficiale: sen. prof. Edoardo Maragliano, Genova.

Cavaliere: prof. Gaetano Vinci, Messina.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: dott. Cioffi Giuseppe, Sarno (Salerno).

Cavalieri: dott. Vasta Angelo, Riposto (Catania).

ALBO D'ORO.

Al dott. Aldo Buttazzoni da Roma, per l'eroica condotta tenuta durante il servizio prestato in zona d'operazione dal maggio 1915 al settembre 1919, sono state conferite, oltre a due Croci di guerra, una medaglia di bronzo ed un Encomio solenne con le seguenti motivazioni:

MEDAGLIA DI BRONZO.

Buttazzoni Aldo da Roma, tenente medico Croce Rossa 3 reggimento bersaglieri, 20 battaglione. — In un'intera giornata di cruenta lotta prestò le sue cure a numerosi feriti immediatamente a tergo della prima linea, allo scoperto e sotto il violento fuoco di artiglieria nemica. Essendo alcune granate avversarie scoppiate avanti al posto di medicazione, con la parola e con l'esempio manteneva la calma tra i ricoverati, continuando a prestare efficacemente la sua opera pietosa. — M. Monfenera, 18 novembre 1917.

ENCOMIO SOLENNE.

Sepolto col posto di medicazione dalla caduta di una valanga che aveva travolto pure parecchi militari, appena salvato, noncurante del pericolo, prestava la sua opera umanitaria di medico, con rara calma, riuscendo a salvare dalla morte parecchi militari trovati in istato di asfissia. — Piccolo Colbricon, 2 aprile 1917.

CROCE DI GUERRA.

Al prof. dott. Giuseppe Frattin, tenente colonnello medico di complemento, è stata conferita la Croce al merito di guerra, per servizi speciali varî come maggiore medico, in prima linea.

(Brevetto n. 36287, 11 ottobre 1919).

COLTURA SUPERIORE.

La Società Italiana di Ortopedia.

informata che la Commissione per la riforma dell'insegnamento universitario, nei suoi studi preparatori, non ha tenuto in nessun calcolo nè i voti di Facoltà mediche del Regno, nè il contenuto del voto unanime espresso dal Senato, in occasione della discussione della legge di assistenza agli invalidi della guerra (25 marzo 1917), quando si domandava che le cattedre allora esistenti fossero dotate di congrui mezzi didattici, e fossero aumentate col progedire di questa importante branca della medicina; venuta a conoscenza che frattanto il Ministero della P. I. ha reso obbligatoria per gli studenti di medicina la frequenza ai corsi di altre materie complementari (otorinolaringoiatria, radiologia), ha fatto voto al Ministro della P. I. perchè richiami l'attenzione della Commissione sull'impegno preso dal precedente Ministro verso il Senato nell'accogliere quel voto, e che frattanto provveda a rendere obbligatoria la frequenza ai corsi di clinica ortopedica esistenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Sull'encefalite letargica.

La «Società Medica Chirurgica di Bologna» ha indetto una serie di conferenze pubbliche sulla *Encefalite letargica.* L'11 febbraio sono state tenute le due prime: una dal prof. Bindo De Vecchi, sulla anatomia patologica e sopra i reperti avuti in diversi casi da lui sezionati; l'altra dal prof. comm. Arnaldo Maggiora, che ha riferito sulle sue ricerche batteriologiche, delle quali fu dato un cenno a pag. 121 del fasc. 4 di questo periodico. Una terza conferenza fu tenuta dal senatore prof. Albertoni al Policlinico S. Orsola, sui casi ricoverati nel reparto all'uopo aperto. Daremo in seguito un sunto di esse.

Federazione nazionale del lavoro intellettuale.

L'assemblea della Federazione Nazionale del Lavoro intellettuale, tenuta domenica 15 corrente, ritenuta ormai compiuta e con successo l'opera della sua iniziale organizzazione, è entrata decisamente nella fase esecutiva del proprio programma, ed ha deliberato:

1° Di compiere una serie di pubbliche manifestazioni con le quali il proprio pensiero e il proprio programma, schiettamente apolitico, saranno manifestati al cospetto di tutti gli interessati e della cittadinanza di Roma.

2° Di indire in Roma un Congresso nazionale nei giorni 21 aprile e seguenti, preceduto da un convegno preparatorio fra i rappresentanti delle Sezioni già costituite sotto il suo impulso a Palermo, Bologna, Pisa, Napoli, Aquila, Perugia, ecc.

3° Di accordare dopo maturato esame il più incondizionato appoggio alla rivendicazione della classe medica in merito all'aumento delle proprie tariffe con il seguente *ordine del giorno*:

« La Sezione romana della federazione Nazionale del Lavoro intellettuale di fronte alle non eque contestazioni sollevate contro la deliberazione degli organi direttivi dell'Ordine dei Medici di elevare le proprie tariffe professionali:

dichiara la incontestabilità del diritto dei lavoratori intellettuali di essere essi stessi a proporzionare il proprio compenso per armonizzarlo con le cresciute esigenze della vita di tutti;

prese in esame le dette tariffe e vagliatene la equità, la quale sarà certamente ancora più praticata dalla classe medica in tutti i casi in cui ragioni di filantropia lo imporranno;

riconosciuto inoltre che questo è il primo aumento compiuto dalla classe sulle proprie tariffe dell'ante-guerra;

Delibera di accordare alla benemerita classe dei medici la sua piena e incondizionata solidarità ».

Sono pure sotto esame due importanti questioni professionali, una riguardante la classe degli ingegneri e un'altra la numerosa e non lieta famiglia dei pensionati dello Stato.

Per un'intesa intellettuale neo-latina.

Alcuni delegati delle università italiane e francese si sono recati in Romania per attivare i rapporti intellettuali con quella nazione, continuatrice di Roma nell'Oriente europeo.

Essi hanno ricevuto accoglienze cordialissime ed entusiaste.

Un Ministero del'igiene in Francia.

Il nuovo Presidente del Consiglio della Repubblica francese, Millerand, ha provveduto ha creare un « Ministero dell'Igiene, della Previdenza sociale e della Mutualità », affidandolo all'on. Breton, deputato del Cher.

Un avviamento alla costituzione del nuovo Ministero si era già avuto con la costituzione di un Sottosegretarito della sanità presso il Ministero della guerra e, in seguito con quella di un Servizio d'Igiene e di Assistenza civile presso il Ministero dell'interno.

***

La Lega internazionale delle Croci Rosse ha rivolto a Millerand un plauso per la sua iniziativa, che essa saluta come « un progresso di prim'ordine nella lotta pel miglioramento della sanità pubblica ».

Corso di perfezionamento in oftalmologia a Parigi.

Presso la Clinica oftalmica della Facoltà di Medicina di Parigi sarà tenuto un corso di perfezionamento in oftalmologia, dall'11 maggio al 30 giugno. Comprenderà esami clinici, lavori pratici di medicina operatoria e manipolazioni di laboratorio.

Il personale insegnante è dato dal prof. F. de Lapersonne, direttore della clinica; dal prof. Terrier, agrégé, e dai dottori Velter, Prelat e Monbrun, capi di clinica e di laboratorio presso la clinica stessa; dal dott. Hautant, otorinologo negli ospedali; dal dott. Guillermirot, capo dei lavori di fisica presso la Facoltà.

Alla fine del corso verrà rilasciato un attestato. Il numero degli iscritti è limitato a 40. La tassa d'iscrizione è fissata a 100 franchi.

Le iscrizioni, tanto per i medici francesi quanto per quelli stranieri, si ricevono presso la segreteria della Facoltà.

Il prof. Roentgen.

Lo scopritore dei raggi X, avendo raggiunto l'età di 75 anni, ha lasciato la Cattedra di fisica e la direzione dell'Istituto fisico presso l'Università di Monaco.

Il prof. Mackenzie.

Sir James Mackenzie è stato chiamato a dirigere un « Istituto per le ricerche cliniche » fondato a Londra presso il St. Andrews Hospital.

La cerimonia inaugurale ha avuto luogo con un discorso del Mackenzie, il quale ha esposto e illustrato le finalità del nuovo Istituto.

Il prof. Pollitzer.

Il celebre otologo di Vienna, cui si deve il metodo d'insufflazione che ne porta il nome, ha testè celebrato il 60° anno di dottorato; malgrado l'età avanzata, gode di un ottimo stato di salute.

Trasferimento di Medici Provinciali.

Il Medico provinciale dott. cav. Giuseppe De Lillo è stato trasferito da Campobasso a Palermo. A sostituirlo fu chiamato a Campobasso l'egregio dott. Nicola Tecce.

Beneficenza.

Il sig. Luigi Ronzoni ha affidato L. 100.000 al R. Commissario di Casale Litta (Milano) per opere di beneficenza.

Il comm. Alessandro Maino ha offerto L. 250.000 per l'erezione di un Padiglione di maternità e pediatria nell'ospedale di Gallarate (Milano).

I coniugi marchese Raniero e Virginia Paolucci di Calboli hanno inviato L. 41.000 all'Ospedale di Forlì, che ha intitolato una sala al loro unico figlio Fulcieri, decorato di medaglia d'oro al valor militare.

La signorina Maria Teresa Marchini, per ricordare il fratello comm. Francesco di Torino, ha donato all'Ospedale S. Giovanni di quella città la propria villa Porporata e L. 100.000 in contanti per una « fondazione Marchini » che sarà destinata per ora all'assistenza dei reduci di guerra e poi a vantaggio della classe operaia.

Donazione alla Facoltà medica di Bordeaux.

Il prof. Guillaud e signora hanno offerto alla Facoltà di medicina e farmacia di Bordeaux la somma di 25,000 franchi, destinandola al Laboratorio di scienze naturali, per favorire gli studi scientifici.

Donazione alla Scuola medica di New York.

La signora Levi Shoemaker di Willekes-Barre (Pennsylvania) ha legato alla Scuola Medica Yale alcune proprietà terriere valutate a 200.000 dollari, affinchè si provveda ad accrescere l'efficienza dell'insegnamento.

Legato cospicuo in America.

Il sig. Henry C. Frick ha legato 5 milioni di dollari al Mercy Hospital di Filadelfia; altri 5 milioni di dollari ad altri 10 ospedali della Pensilvania; ha lasciato anche altri ingenti legati di beneficenza.

Premio di un milione e mezzo prossimo a perdersi.

I giornali di Parigi ricordano che tra quindici mesi scadrà il termine in cui potrà essere assegnato il premio costituito venticinque anni or sono presso l'« Académie de Médecine » per compensare lo scopritore di un rimedio preventivo o curativo riconosciuto « efficace e sovrano » contro la tubercolosi.

Il premio consisteva in un titolo di rendita di 25.000 franchi al 3 per cento; con gl'interessi composti accumulatisi, esso ha raggiunto la somma vistosa di 1.400.000 franchi.

Fino ad ora il premio non ha potuto essere aggiudicato a nessuno.

Corsi per infermiere.

La Scuola-Convitto « Regina Elena » nel Policlinico Umberto I di Roma, dovendo ampliare il suo programma, ha bisogno di nuovo personale di allieve. Essa sarebbe disposta ad accogliere quelle signorine che volessero compiere i tre anni di alunnato per divenire *infermiere diplomate,* oppure prestare un anno di servizio in una corsia di ortopedia con diritto ad un certificato di servizio. Durante la permanenza nell'istituto l'alunna ha vitto e alloggio gratuito oltre ad un assegno mensile progressivo dal 1° al 3° anno. Le allieve che avranno ottenuto il diploma potranno anche essere assunte, a seconda dei posti vacanti, a prestar servizio regolare e retribuito nella Scuola ottenendo così esperienze e titoli superiori.

Le domande dovranno essere indirizzate a: miss Dorotea A Snell, direttrice della Scuola-Convitto « Regina Elena », presso il Policlinico Umberto I di Roma. Per informazioni speciali rivolgersi alla stessa direttrice.

Incerti professionali.

Il dott. Luigi Barone da Alassio è stato ucciso a colpi di rivoltella, in un diretto della linea Savona-Ventimiglia, mentre stava leggendo un giornale, dall'avv. Bovetti, da Casale Monferrato, il quale ha inteso di vendicare la moglie operata dal medico e morta qualche tempo dopo; con la stessa arma l'omicida si uccideva. Egli aveva preparato le sue partecipazioni mortuarie e fatto testamento.

Infortunio.

Mentre il dott. Luigi Nardoni transitava in carrozza, insieme ad un'altra persona, per un passaggio a livello della ferrovia Patignano-Turi (Bari), la vettura veniva travolta da un treno sopraggiunto ed i due viaggiatori rimanevano uccisi.

Il giorno 25 gennaio, dopo breve malattia, morì a Venezia il dott. ALESSANDRO ZOPPI, chirurgo primario all'Ospedale Civile.

Nativo di Venezia, laureatosi a Padova nel 1897, iniziò la sua carriera a Torino nella clinica del prof. Carle e nel laboratorio del prof. Bizzozero, passò poi alla scuola del prof. Codivilla a Milano e lo seguì a Bologna specializzandosi nella ortopedia. Diresse poscia un riparto chirurgico a Ravenna, e passò quindi alla direzione dell'Istituto rachitici di Mantova, disimpegnando nello stesso tempo le mansioni di primario chirurgo all'Ospedale Civile di Legnago. Nel marzo 1912 venne nominato primario chirurgo ed ortopedico all'Ospedale Civile di Venezia.

La sua abilità ed affabilità lo resero ben presto popolare. Nel campo scientifico lascia lavori originali di fisiologia e chirurgia generale e di ortopedia.

I medici veneziani e la cittadinanza resero solenni onoranze ai funerali del compianto collega rapito immaturamente all'affetto della sua sconsolata consorte e degli amici.

A. DIAN.

Il 24 gennaio u. s. è morto a Foligno il professor dott. FILIPPO ACCORIMBONI, direttore di quest'ospedale civile. Fu medico colto e valente. Nell'Umbria, dove egli professava, era molto stimato ed amato per la bontà del suo animo, per la gentilezza dei suoi modi. **R.**

Rassegna della stampa medica.

La Chirurgia degli Organi del Movimento, 5-6. BOLOGNESI: Formazione del circolo collaterale degli arti. — FERRARINI: Ernie muscolari. — ANGELETTI: Spalla vara. — DELITALA: Modificazioni trofiche nei monconi. — CESARANO: Tubercolosi dell'anca e lussazione congenita. — SERRA: Protesi per arto superiore.

Presse Médicale, 7 genn. PAMBOUKIS: Rettoscopio elettro-ottico.

Ann. d'Ostetr. e Ginecol., genn.-febbr. COVA: Potere sinciziolitico del sangue. — BALLERINI: Neuriti puerperali.

The Practitioner, genn. WHITE: Malattia non diagnosticata di natura probabilmente infettiva. — Mc DONAGH: Le malattie veneree quali le vediamo oggi. — SEMON: Sycosis barbae.

La Riforma Stomatologica, 1. GRADENIGO: La otorino-laringologia nei suoi rapporti colla stomatologia.

Wien. Klin. Woch., 1 gen. RUSZMAJAK: Sull'aumento dell'efficacia della chinina mediante sostanze fluorescenti. — REITLER: Terapia chininica e bleu metilenica combinata nella malaria. — 8 genn. HAYEK: Actinoterapia della tubercolosi polmonare.

Presse Médicale, 10 gen. FORGUE: Volvuli dell'S iliaca. — ZIMMERN: I misfatti della bassa tensione. — RAMOND: La medicatura gastrica al gelosio-gelatina.

Gazette des Hôpitaux, 10 gen. PORAK: La rabbia. 15 gen. LAUMONIER: Le iniezioni di latte.

Zentralblatt für Chirurgie, 17 gen. HOSEMANN: Gli accidenti dell'anestesia lombare. — HOFFMANN: Anestesia dello splancnico nella chirurgia addominale.

Zentralblatt für innere Medizin., 17 gen. LIPPMANN: Abbassamento del punto di congelazione (ϱ) nel diabete mellito.

Gazz. Med. Napolet., gen. LAFRANCA: I corpi purinici.

Le Malattie del Cuore, 31 gen. DAGNINI: La dissociazione atrio-ventricolare digitalica e il suo probabile meccanismo. — LOMBARDO: I versamenti nella pleura destra nei cardiopatici.

Boll. Mal. dell'Orecchio, ecc., 19 gen. TORRIGIANI: La chirurgia dell'orecchio.

Lo Sperimentale, III-IV. RONDONI: Sulla chemoterapia della tubercolosi. — AZZI: Sull'edema da perfusione. — SIRECI, AMATO: Sulla fagocitosi.

Le Scalpel, 17 gen. BAYET: I principî della profilassi antivenerea.

L'Encéphale, 10 gen. CLAUDE e LHERMITTE: Il rammollimento traumatico del midollo.

British Med. Journ., 24 gen. MACKENZIE: La ricerca clinica. — BEATTIE: La diagnosi precoce di tubercolosi. — 31 gen. BUXTON: La mosca domestica come portatrice dell'«Entamoeba hystolitica.

The Practitioner, feb. CRONK. Il cuore nelle malattie febbrili acute.

Paris Méd., 24 gen. TEISSIER: L'influenza. — EMERY e MORIN: Accidenti arsenobenzolici e anafilassi. — 31 gen. ACHIARDI: L'insegnamento della clinica medica. — PAISSEAU e TINEL: Parassitologia clinica della malaria.

Journ. de Méd. et Chir. Pr., 15 gen. PROCQ: Il problema delle alopecie.

Surg., Gyn. a. Obst., gen. LINDEMAN: Trigonite cronica nella donna e suo trattamento. — DEAVER: Le affezioni addominali acute.

Wien. Klin. Woch., 22 gen. HERSCHMANN: Meningite consecutiva e dissenteria bacillare.

Presse Médicale, 21 gen. SABOURAUD: Il trattamento interno della psoriasi. — 24 gen. MAUTÉ: La vaccinazione antiforuncolare.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, resp.

Anno XXVII Roma, 1 marzo 1920 Fasc. 9.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

COMUNICATO.

Il compianto prof. ENRICO MORELLI, con testamento olografo del 1° agosto 1911, ha lasciata la proprietà del giornale « Il Policlinico » al signor LUIGI POZZI "per la efficace, intelligente, onesta e zelante collaborazione „ da lui prestatagli per quasi un trentennio, durante la intera vita del Giornale.

Il signor POZZI, nell'assumere la successione, manterrà al « Policlinico » la posizione e la dignità raggiunte.

I signori Abbonati restano pertanto avvertiti che da ora innanzi tutto quanto riguarda in genere l'Amministrazione (cartoline e lettere vaglia, vaglia postali e telegrafici, assegni postali, chèques ed assegni bancari, vaglia cambiari, mandati e ordini di pagamento sia da parte dello Stato che di altre pubbliche Amministrazioni), dovrà essere indirizzato al nome del predetto signor LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA.

LAVORI ORIGINALI.

SEZIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE DI GROSSETO
diretta dal prof. ORESTE CIGNOZZI.

Il trattamento di alcune infezioni puerperali col siero normale

per il dott. prof. ORESTE CIGNOZZI,
docente di patologia speciale chirurgica, di clinica chirurgica e di medicina operatoria, chirurgo primario.

È da sei anni che vado trattando mercè la sieroterapia alcune forme infettive dell'utero post abortive e post puerperali, che numerose ho avuto campo di curare nella mia sezione.

Le prime osservazioni sono state da me eseguite col siero antidifterico nella dose di 20 a 30 mila unità immunizzanti, somministrate nella dose giornaliera di diecimila; cioè per tre giorni consecutivi.

I risultati incoraggianti di questi primi casi mi hanno indotto a provare se il potere benefico della sieroterapia con dosi alquanto elevate potesse attribuirsi all'azione del siero in se stesso: e fu allora che iniziai i miei esperimenti con siero normale di cavallo e d'asino, debitamente preparato.

Nell'esecuzione di queste ricerche è risultato da studi comparativi sull'organismo umano che

il siero d'asino ha un potere molto più attivo di quello di cavallo e che in genere i sieri normali di animali giovani sono più energici di quelli più adulti.

Inoltre per ottenere degli effetti più sicuri e più pronti è necessario iniettare delle dosi abbastanza elevate di questo siero normale; e che le iniezioni si debbono fare per due, tre, fino a cinque giorni consecutivi; in modo da arrivare ad immettere pel sottocutaneo fino a 250 cmc. circa di siero complessivamente e talora anche più.

Il materiale d'osservazione riguarda circa 100 casi di processi febbrili post abortivi in maggioranza e post puerperali in numero minore: cioè quegli stati morbosi infettivi dell'utero, in cui le alte temperature coi caratteri della curva termometrica, i brividi, la qualità del polso facevano sospettare l'inizio o almeno l'avviamento d'infezioni puerperali.

Nelle forme abortive subito ed al più presto ho fatto sempre precedere lo svuotamento completo della cavità uterina. Contrario ad ogni lavaggio endouterino, mi limito semplicemente a svuotare strumentalmente l'utero dei suoi resti ovulari o placentari: facendo subito seguire iniezioni sottocutanee di g. 1 di chinino ed anche talora di ergotina per attivare le contrazioni delle fibre uterine, che nel periodo di travaglio e di puerperio, specie negli aborti, risentono ottimamente l'azione ecbolica del farmaco (mentre si sa che nello stato normale dell'utero il chinino non ha alcuna influenza contrattrice). Sotto questo stato eccitante del chinino e dell'ergotina l'utero viene favorito ad eliminare per le vie naturali quei prodotti cavitari, che possono raccogliersi secondariamente ed a diminuire quindi altri fenomeni d'assorbimento locale; tenendo anche presente che nelle nostre regioni malariche esso serve come specifico ed a delucidare la diagnosi assieme al reperto ematico. Il metodo da me usato si può compendiare nel modo seguente:

I. — La prima iniezione di siero normale, da praticarsi sempre nel sottocutaneo, deve essere eseguita più presto possibile, è consigliabile dentro le prime 24 ore d'osservazione; tempo sufficiente per escludere una forma malarica mercè l'esame ematologico; o una forma d'assorbimento e per meglio formulare la diagnosi d'infezione di origine uterina.

La dose si aggira dai 60 agli 80 cmc.

Si può subito constatare che il siero viene tollerato bene, senza dare disturbi nè pericoli; solo in qualche caso si può avere un pò d'eccitazione per la quantità di etere in esso contenuta. La temperatura si abbassa sensibilmente dopo 8-10 ore.

II. — Nei casi più iniziali e più blandi dopo 12-15 ore la temperatura è molto rimessa; però è prudente eseguire dopo 20-24 ore dalla prima una seconda iniezione di dose o uguale o un po' inferiore cioè dai 40 ai 60 cmc. Gli effetti sono uguali ai precedenti e si può constatare spesso la scomparsa definitiva della temperatura, dei brividi e di altri fenomeni infettivi.

III. — In terza giornata o la temperatura febbrile è scomparsa o è quasi insignificante; in questi casi si può fare a meno di eseguire altra iniezione; o tutto al più si iniettano solo 20 cmc. Però in casi più gravi ed in quelli che vengono in cura tardivamente è necessario fare alla 3ª giornata altra iniezione di 30 a 50 cmc. dello stesso siero.

IV. — Nei casi più gravi, specie nelle infezioni puerperali in quarta e anche in quinta giornata si può anche eseguire, senza alcun danno, nè disturbo, altra iniezione quotidiana di 30 a 40 cmc. di siero normale.

CONCLUSIONI.

Dagli studi ed osservazioni eseguite clinicamente su questi cento casi d'infezioni uterine ho potuto rilevare:

1. Che il siero normale di cavallo, ma più quello d'asino presenta una spiccata azione benefica in quelle forme d'infezione endouterina, che in seguito potrebbero degenerare in febbri puerperali gravi ed incurabili e che la sua azione è tanto più pronta ed efficace per quanto più presto s'interviene.

2. Che il dosaggio medico *pro die* si aggira sui 60 cmc.

3. Che nei casi iniziali e più leggeri bastano due giorni di cura, impiegando complessivamente 120 cmc. circa di siero.

4. Che nei casi più gravi e più tardivi alla cura sono necessari da tre a cinque giorni di iniezioni con una media complessiva di 250 cmc. circa; cioè 50 cmc. al giorno, con dosi progressivamente inferiori quotidiane.

5. Tranne di qualche caso d'orticaria, che si verifica in genere dopo 8-10 giorni, non ho mai avuto da notare fenomeni degni d'importanza.

6. In genere la febbre cade dopo 24-48 ore e l'ammalata nel maggior numero dei casi si mantiene afebbrile definitivamente.

7. I risultati suesposti possono considerarsi completamente positivi nel novanta per cento dei casi nelle forme, che sopra ho ricordato. L'azione del siero si è dimostrata quasi sempre pronta ed efficacissima, massima poi nelle forme post abortive.

8. L'involuzione dell'utero e degli annessi procede attivamente e difficilmente si lamentano peri, parametriti ed annessiti.

Ho anche cercato di estendere l'applicazione della sieroterapia normale in altre forme d'infezioni chirurgiche, ma su questi risultati riferirò in altra mia nota.

Concludendo posso affermare, che specie nelle forme post-abortive, dove la sieroterapia normale raggiunge i migliori risultati, io da vari anni con questo metodo curativo ho visto grandemente diminuire i casi di morte per infezioni settiche uterine e le complicazioni locali perimetritiche ed annessiali. Nelle forme puerperali invece l'efficacia del siero normale è un pò minore; pur tuttavia se s'interviene a tempo l'azione terapeutica di esso è abbastanza incoraggiante.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso di cecità verbale in seguito a ferita parieto-occipitale da scheggia di granata.

STUDIO CLINICO E MEDICO-LEGALE

per il prof. E. FOSSATARO, colonnello medico della R. N., libero docente di traumatologia.

Il ferito, di cui riferirò la storia, ebbe notevolissimi disturbi afasici, e, guarito, rimase con una cecità verbale pura.

Il caso non è frequente. Dei dodici feriti gravi della testa, da me avuti prima e durante la guerra (in tre vi era frattura beante, ernia e spappolamento della sostanza cerebrale) solo in questo, che forma oggetto del presente lavoro, osservai il fenomeno indicato. Dei 122 casi di Agostinelli (*Sulla Chirurgia del cranio in zona di guerra* — Roma 1917) molti presentarono fenomeni di afasia sensoria e motrice, ma in nessuno furono notati fenomeni di cecità verbale.

STORIA.

Il sottotenente di artiglieria G... U... fu trasportato all'Ospedale, gravemente ferito alla testa, il giorno 5 luglio 1918.

Presentava nella regione parieto-occipitale sinistra una ferita lunga 10 cm., diretta nel senso antero-posteriore, con frattura beante della stessa estensione ed ernia cerebrale. Era in istato soporoso, con perdita della coscienza, respiro lento, polso piccolo. Nei primi due giorni lo stato del ferito fu talmente grave che non si giudicò prudente intervenire: sembrava che dovesse finire da un momento all'altro.

Dopo 88 ore, però, essendosi il polso sollevato, si intervenne incidendo a croce i comuni tegumenti sulla breccia ossea, asportando le schegge ed i grumi di sangue raccolti, e disinfettando nel miglior modo possibile la ferita. La sostanza cerebrale che fuoriusciva dalla breccia cranica era spappolata ed infiltrata di sangue; dalla estremità della breccia ossea partivano delle fenditure che si dirigevano verso la base.

Dopo questo intervento lo stato del ferito cominciò a migliorare: tornò la coscienza e si notò, come unico fenomeno della lesione cerebrale, un considerevole disturbo della favella. Non vi erano disturbi della motilità nè della sensibilità degli arti. Salvo nei primi giorni, mancò la paralisi del retto e della vescica.

Dopo ventisei giorni di degenza le condizioni del ferito erano le seguenti: motilità e sensibilità normali, nutrizione buona. Vi era solo leggiera paresi intestinale, per cui si era obbigati di fare enteroclismi, ogni tanto.

I maggiori disturbi erano dal lato psichico. Vi era assoluta perdita della memoria. Il ferito non ricordava i nomi delle persone di famiglia, nè quelli degli amici; non ricordava quello che aveva mangiato. Più considerevole ancora era il disturbo della favella, essendovi accentuata parafasia.

Alla domanda «di che paese è?» rispondeva *Ubbicano*; «quanti anni ha?» *Ueggi ubbicano.* Il giorno prima aveva avuto a pranzo tapioca e pesce. Interrogato, rispondeva di aver mangiato *lispiaga in imbosca ipascia.*

Dapprima il ferito non aveva coscienza di quello che diceva, ma, in seguito, andò sempre più accorgendosi di non dire la parola esatta, e, quindi, nel rispondere si impazientiva ed eccitava.

La lettura era assolutamente impossibile. Il ferito aveva cecità verbale. Messogli un giornale nelle mani, non era capace di leggere una parola: diceva solo qualche frase vuota di senso. Invitato a dire, una per una, le lettere di cui le parole si componevano, le sbagliava tutte. *I* era per lui un *N*, *S* era un *A*, *M* era un *A*, *D* era un *R*, *C* era un *A*, *O* era un *N*.

La scritura era, invece, relativamente spedita. Il ferito scriveva bene il suo nome. Invitato a scrivere sotto dettatura una frase, mentre alcune parole erano scritte correttamente, altre, invece, non riusciva a scrivere: la parola *qui*, p. e. La espressione «sono a Venezia» era scritta *son oa Vinizza.*

Ad onta dei disturbi descritti e della mancanza della memoria, il ferito andò gradatamente rimettendosi nello stato generale. Localmente la ferita era ben granulante, l'ernia cerebrale si era ridotta in gran parte, quando, la sera del 4 agosto, improvvisamente, ebbe febbre alta, vomito e fortissimo mal di testa ed eccessi, che gli strappavano grida di dolore. Fatta la puntura lombare, si trovò liquido cefalo-rachidiano torbido. L'esame microscopico rivelò in esso numerosi linfociti.

Nei giorni successivi la descritta sintomatologia venne gradatamente attenuandosi, fino a scomparire del tutto il giorno 4.

Si trattò di un attacco di meningo-encefalite risoluto rapidamente.

Dopo, il ferito andò sempre migliorando.

Il 19 ottobre la ferita era completamente chiusa con la formazione di un callo resistente. Rimaneva una cicatrice lineare, infossata, lunga centimetri 10, che si estendeva, orizzontalmente, dalla regione occipitale fino a tre dita trasverse al disopra del padiglione dell'orecchio.

Dal lato psichico la memoria era ritornata. Il ferito scrisse una relazione dalla quale si vedeva che ricordava perfettamente quello che era avvenuto durante la sua malattia. La relazione era scritta abbastanza correttamente. Qua e là, però, si notavano delle parole prive di senso e che ricordavano il considerevole disturbo afasico.

Permaneva la cecità verbale, alquanto migliorata, però, perchè il ferito leggeva isolatamente qualche lettera; e la leggeva tanto più facilmente quanto più grande essa era.

Il sig. G., non era capace di leggere la relazione che lui stesso aveva scritto.

L'esame del campo visivo e del fondo dell'occhio non fu fatto da uno specialista, ma fu constatato che non vi era emiopia e che l'acuità visiva era normale.

NATURA E SEDE DELLA LESIONE CEREBRALE.

Per effetto del grave trauma si ebbe contusione della sostanza cerebrale, che fu di vario grado: in alcuni punti semplice, in altri emorragica, in altri distruttiva: vale a dire che, in alcuni punti, si ebbe un semplice punteggiatura rossa della sostanza cerebrale, fatta da capillari dilatati e rotti, con infiltramento sanguigno; in altri punti si ebbero focolai emorragici più o meno estesi, per la rottura di un maggior numero di vasi; in altri punti, finalmente, si ebbe spappolamento della sostanza cerebrale.

Relativamente alla sede, i sintomi presentati dal ferito ci indicano chiaramente quali furono le regioni del cervello colpite.

Stante la grave commozione, che si andò dileguando lentamente, e lo stato di amnesia e confusione mentale che succedette e durò diversi giorni, si deve dire che si ebbe una contusione estesa e bilaterale della corteccia dei lobi parietali, temporali ed occipitale.

Il lobo più rispettato fu il frontale, che, forse, non fu leso affatto. Dei perietali rimase libera la zona motrice, od in essa si ebbe appena una contusione di 1° grado, fatta da piccole ecchimosi, che presto si riassorbirono; perchè, come abbiamo detto, ritornato il sensorio, il ferito non mostrò traccia di paralisi nè degli arti nè della faccia.

Gravemente lesi furono il lobo occipitale ed i due lobi temporali. La contusione, in essi, fu corticale e subcorticale, vale a dire che gli stravasi sanguigni non si trovavano solo nella sostanza grigia, ma anche nella sostanza bianca immediatamente sottostante.

La *parafasia*, accentuatissima, e della durata di parecchi giorni, accompagnata da sordità verbale, indica che il centro acustico, situato nella prima circonvoluzione temporale, era leso. Probabilmente la corteccia di tutto il lobo temporale sinisto, e forse anche del destro, era sede della contusione, nei suoi diversi gradi.

Dalla storia risulta che, al ventunesimo giorno, il sig. G. aveva accentuata amnesia, non solo, ma non capiva neppure perfettamente quello che gli si diceva. Vi era, in lui, sordità verbale per lesione del centro acustico, e sordità psichica per lesione del campo intellettivo. Solo più tardi cominciò a comprendere quello che gli si diceva, od a comprenderlo solo in parte, ma rimaneva la parafasia. Poteva ripetere correttamente solo le parole che gli si dicevano sillabando.

Vi era, dunque, interruzione delle vie di conduzione, da una parte fra il centro acustico ed il campo intellettivo, e, dall'altra, fra il centro acustico e quello della parola articolata, o centro di Broca.

Mettendo i sintomi osservati in relazione con la lesione anatomo-patologica si deve dire che, mentre i focolai di contusione della corteccia cerebrale nella zona del centro acustico e del campo intellettivo si andavano, man mano, riassorbendo (scomparsa della sordità verbale e della sordità psichica) rimanevano i focolai sottocorticali, situati nella sostanza bianca, la quale contiene le fibre nervose che uniscono fra loro le cellule dei diversi centri, fibre associative (permanenza della parafasia).

Paragrafia. — Il ferito scriveva come parlava. Mancando il controllo del centro acustico, per mezzo del campo intellettivo, sul centro della parola articolata, mancava anche su quello della scrittura.

Poichè, prima di scrivere una parola, la si compita mentalmente, così essa viene scritta con i difetti della dizione interna.

Intanto nel nostro ferito persisteva, in parte, la paragrafia anche quando la parafasia era completamente scomparsa. Ciò si spiega col fatto che il nostro ferito aveva cecità verbale. Essendo egli un uditivo ed un visivo, perchè letterato; avendo, cioè, il patrimonio mentale fatto di idee acquisite mediante la parola udita e la parola scritta, allo stato normale, prima di scrivere una parola, egli la compitava mentalmente, e mentalmente ne vedeva i segni grafici. Dopo la lesione il segno grafico che egli vedeva mentalmente, ma che non riconosceva più dopo averlo scritto, qualche volta non corrispondeva alla parola che voleva indicare.

Cecità verbale. — Questo fu il sintomo più caratteristico. Osservato fin dai primi tempi, quando vi era nel ferito accentuata paragrafia, rimase immutato, come unico postomo del grave trauma, anche quando le funzioni intellettive erano ritonarte normali e la parafasia era completamente scomparsa.

Nel nostro ferito non ci furono disturbi visivi di sorta: nè diminuzione dell'acuità visiva nè emiopia.

Si trattava, quindi, di una cecità verbale pura, subcorticale.

Come si sa, nelle poche autopsie fatte di ceci-

tà verbale, più o meno pura (1), si è trovato leso il fascio longitudinale inferiore, ossia quel fascio di fibre nervose associative che stabilisce rapporti fra la zona uditiva (lobo temporale) e la zona visiva (giro angolare del lobo occipitale). Nel nostro ferito, in cui vi fu una grave contusione del cervello, si deve ammettere l'esistenza di un focolaio di stravaso sanguigno nella sostanza bianca formata dalle fibre del fascio.

Per spiegarsi, intanto, perchè, mentre tutti gli altri sintomi sono scomparsi, rimangono le conseguenze funzionali di quest'ultimo focolaio, si deve pensare che fosse più distruttivo degli altri, o più esteso, in modo da impegnare le fibre associative dei due lati, o che siano avvenute in esso delle alterazioni cistiche.

È un fatto, però, che un miglioramento, per quanto lieve, si è avuto anche nella cecità verbale, perchè il sig. G., quando uscì dall'ospedale, leggeva qualche lettera e tanto più facilmente per quanto più grande essa era.

La prognosi, quindi, se deve essere riservata, non è assolutamente infausta.

GIUDIZIO MEDICO-LEGALE.

Le conseguenze del trauma hanno limitato, notevolmente, se non il patrimonio mentale posseduto prima del ferimento, certamente quello che il sig. G. avrebbe potuto acquistare nel frattempo, mediante lettura.

Egli era ancora studente e, quindi, si trovava in via di formazione la sua personalità morale e professionale. Avendo perduta la facoltà di leggere, egli deve ora apprendere solo mediante l'udito, immagazzinando nel cevrello ciò che sente dire. Da visivo ed uditivo, come qualunque uomo colto, che sa leggere e scrivere, egli è stato trasformato, per effetto dell'infortunio, in un uditivo, come un analfabeta.

Viene, così preclusa al sig. G. la carriera del professionista. Egli non potrà occupare neppure il più modesto ufficio in cui sia necessaria la lettura.

La sua infermità va considerata come un'afasia, e dà diritto, perciò, alla pensione di 2ª categoria, secondo la nuova legge delle pensioni. Tenendo conto, però, della possibilità di un miglioramento, la pensione deve essere data sotto riserva di revisione fra due anni.

Se, intanto, il sig. G. non fosse stato un combattente, che ha, per la sua inabilità, diritto alla pensione privilegiata, ma avesse riportato un infortunio sul lavoro, le cui conseguenze vanno valutate secondo la nostra legge degli infortuni, il sig. G. avrebbe dovuto essere indennizzato con una permanente del 60 %, salvo la revisione fra due anni.

Dopo questo periodo di tempo, se la cecità verbale fosse diminuita o scomparsa, si potrebbe dare una permanente in proporzione, o non darne alcuna. Se, invece, la cecità persistesse, la permanente dovrebbe essere del 60 %.

Sarebbe allora il caso che l'infortunato pensasse ad apprendere un mestiere manuale.

Venezia, gennaio 1920.

(1) Di tutti i casi trovati nella letteratura nessuno è così nettamente puro come questo da noi riferito, nella sua seconda fase. Essi erano dovuti a rammollimento cerebrale od a tumore.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MAGGIORE DI BERGAMO.
Sezione medica diretta dal dott. FELICE LUSSANA.

Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico dell'encefalite letargica

per il dott. GIUSEPPE PANSERA, aiuto.

I casi di encefalite epidemica infettiva seguiti da morte che recentemente sono occorsi alla mia osservazione, non mi sono sembrati privi di interesse e per la frequenza con la quale in breve periodo di tempo si sono succeduti e per la loro sindrome fenomenologica pressochè omogenea.

Nella letteratura medica non sono rari i casi di encefalite infettiva; così il Petra riportò casi di encefalite durante infezione di meningite cerebro-spinale da pneumococco, il Tommasi-Crudeli trovò dei pneumococchi associati a stafilococchi dei centri nervosi di individui morti per grave sindrome coreica; il Roccavilla ed il Masetti in casi di polmonite descrissero una forma infiammatoria encefalica a carattere emorragico in cui riscontrarono il diplococco in focolai infiammatori del parenchima cerebrale; Pfahe, Romberg e Nauwerk hanno dimostrato la presenza di bacilli dell'influenza in casi di encefalite, Step riporta 4 casi di influenza con gravi sintomi cerebrali e paralisi di nervi cranici e conclude trattarsi di encefalite emorragica. Il Caussade in individui morti di influenza con complicazioni cerebrali riferisce di macchie rosse trovate all'autopsia sul lobo sfenoidale a livello della scissura di Silvio; il Lemierre riporta qualche caso di encefalite emorragica, e il Bonome di ependimiti emorragiche.

L'argomento dell'infettività a carattere epidemico della encefalite è di maggior interesse og-

gi, dacchè vari studiosi hanno richiamato in questi giorni l'attenzione sull'insorgere di un processo influenzale a localizzazione encefalica con sintomi prevalentemente letargici e che denominarono « encefalite letargica infettiva o nona ».

La malattia non è nuova e non insorge ora per la prima volta.

Già nel 1712 Camerarius osservò a Tubinga una malattia che denominò del sonno e che per le sue manifestazioni sintomatiche Ebstein la paragonò alla nona.

Nel 1890 poi — sullo spegnersi della grande epidemia influenzale — simile a quella che l'anno scorso ha infestato tutto il mondo, contemporaneamente in Italia, in Isvizzera, in Danimarca, in Germania, in Inghilterra, negli Stati Uniti si verificarono dei casi epidemici con manifestazioni cerebrali gravi a tipo letargico, per lo più seguìti da morte. In seguito la malattia fu studiata da vari autori: da Von Economo, da Redlick, da Von Wiesner, e da Breuil nel 1917 in Australia.

Recentemente in Inghilterra Harris e Hall, in Francia Saint Martin ed altri descrissero parecchi casi con sintomatologia varia, ma con fenomeno prevalente di letargia, tantochè Netter la denominò propriamente « encefalite letargica emorragica ».

La epidemia di detta malattia scoppiò poi nel 1916 a Vienna, e nel gennaio 1918 contemporaneamente in Francia e in Inghilterra, con l'insorgere di un numero relativamente piccolo di casi e con scarsa diffusione, tantochè nella stessa famiglia e nel medesimo quartiere si verificarono pochi casi, così come avviene per altre malattie epidemiche dei centri nervosi o loro membrane, quale la meningite cerebro-spinale e la poliomielite acuta.

STORIE CLINICHE.

L. G..., d'anni 27, operaio, Colognola (Bergamo).

Entra in reparto medico primo il 2 dicembre 1919 con diagnosi di congestione cerebrale.

Sunto clinico. — Encefalite emorragica, puntura di Quinke-Morte.

Viene ricoverato in istato di incoscienza, per cui non è possibile avere dati anamnestici diretti.

Riferiscono i parenti che l'accompagnano che godette sempre ottima salute.

Non fu luetico, non fumatore, non bevitore.

La presente malattia data da dieci giorni. Cominciò con cefalea, inappetenza, senso di stanchezza, corizza, qualche colpo di tosse. Lavorò però fino a tre giorni prima quando, non potendosi più sorreggere, fu obbligato a letto con febbre, cefalea intensa gravativa, convulsioni, forte agitazione. Da un giorno l'a. non parla, è in istato comatoso, perde le orine.

Giorno 3 dicembre. — Condizioni generali di nutrizione discrete, scheletriche regolari, masse muscolari ben sviluppate.

Temp. 37.6 (al mattino) - 38.9 (la sera).

Respiro stertoroso. Polso 90. P. A. 150. Congestione della faccia, pupille midriatiche non reagenti alla luce ed all'accomodazione; la rima boccale è stirata a sinistra; sono possibili i movimenti degli arti superiori e inferiori, dove si notano dei movimenti disordinati. Riflessi tendinei esagerati, tarda, ma conservata la sensibilità. Babinski spiccato da ambo le parti.

Nulla di notevole all'esame del cuore.

Sul torace posteriormente da ambo i lati respiro con qualche sibilo diffuso. Alla base di sinistra iporespiro con qualche piccolo rantolo.

Esame dell'addome negativo.

Esame delle urine. — Limpide, di colorito giallo carico, reazione acida, D.ª 1025, minime tracce di albumina.

La puntura lombare dà esito, sotto forte pressione, a liquido limpido.

All'esame microscopico eseguito dal prof. S. Minelli al laboratorio batteriologico « non si riscontrano elementi di essudazione ». Negativo l'esame batteriologico e culturale nei vari mezzi di cultura, negativa l'iniezione in cavia.

Le condizioni si aggravano rapidamente e l'ammalato muore la mattina del giorno successivo.

Reperto anatomo-patologico. — Cadavere di media nutrizione: Nulla all'esame esterno.

Capo. — La tensione della dura madre è aumentata. Il seno longitudinale contiene scarsi coaguli rossi non aderenti; intensa iperemia delle pie meningi con forte congestione delle vene meningee. La consistenza della massa encefalica non è diversa dalla norma: Nessun essudato sulle meningi, sia alla volta che alla base. Procedendo al taglio sistematico del cervello si rileva una intensissima iperemia delle due sostanze che appaiono di colorito roseo uniforme; diffusissime in entrambe e inegualmente distribuite si notano delle piccole punteggiature emorragiche colle caratteristiche dei noti morsi da pulci. Le loro dimensioni variano da una piccola capocchia di spillo ad un granello di miglio. Sono un po' più numerose quelle che si mostrano nel centro ovale. La loro distribuzione non presenta alcuna predilezione, ma, come ricordavo sopra, tutte e due le sostanze appaiono come tempestate dalle piccole emorragie che non si allontanano colla lavatura. Non se ne riscontrano però sul bulbo nè sul ponte e sono invece abbondanti nei peduncoli cerebrali. I ventricoli laterali non sono dilatati e contengono liquido cefalo-rachidiano limpido. Plessi coroidei e tela coroidea fortemente congesti.

Cuore. — Aia cardiaca scoperta, scarso liquido nel cavo pericardico. Nulla alle valvole. Il miocardio è pallido.

Polmoni. — Alla base del lobo inferiore del polmone sinistro si nota un focolaio delle dimensioni di una noce, di consistenza aumentata, granuloso alla superficie del taglio, di broncopolmonite recente.

Milza. — Lieve tumore acuto.

Reni. — Intensamente congesti nelle due sostanze; la corticale appare lievemente variegata.

Non si rilevano alterazioni macroscopiche delle capsule soprarenali. Il fegato è di volume normale. Al taglio il parenchima è torbido. Nulla all'apparato digerente e agli organi genitali.

Diagnosi anatomo-patologica. — Encefalite emorragica. Broncopolmonite.

Vennero prelevati alcuni frammenti delle due sostanze cerebrali presi a caso e fissati nei comuni liquidi.

All'esame istologico le pie meningi appaiono a zone fortemente infiltrate da giovani elementi mescolati a globuli rossi ed intensa è la congestione dei vasi sotto-piali.

In tutte le sezioni esaminate sia nella sostanza bianca che nella grigia i vasi sanguigni risultano fortemente dilatati e ripieni di sangue: le sottili pareti vasali appaiono come in degenerazione ialina, spesso solo alcuni dei nuclei delle cellule endoteliali sono ben colorati; in nessun caso si rileva la presenza di proliferazione endoteliale; attorno ad alcuni vasi sanguigni si osserva una vasta zona di necrosi di tutta la sostanza nervosa; altri vasi sanguigni presentano un contenuto omogeneo e leggermente fibrillare di aspetto ialino, altre volte i vasi sanguigni dilatati contengono sangue ben conservato e sono circondati da un vasto mantello di elementi ben colorati che osservati ad un più forte ingrandimento appaiono come leucociti a nucleo polimorfo. Diffusa in tutta la sostanza nervosa ma con prevalenza nella bianca, si vedono delle vaste ed ineguali zone di colorito bruno-rossastro e che corrispondono alle punteggiature rosse che si rilevano all'esame macroscopico. Queste ad un forte ingrandimento appaiono come estese zone di necrosi della sostanza nervosa infiltrata di sangue, parte ben conservato e ben colorabile specialmente nelle parti centrali del focolaio, parte con aspetto di detrito granuloso di colorito rosso-bruno; alla periferia appaiono i polinucleari e si notano alcune cellule di Klüge. Quasi in ognuna di queste zone è possibile trovare dei sottilissimi vasi sanguigni con parete ialina nei quali il nucleo delle cellule endoteliali non è più colorabile. Degli elementi nobili della sostanza nervosa le cellule sembrano le meno colpite. Sono ovunque ben colorati il nucleo e il nucleolo; alcune volte i contorni cellulari non sono ben netti, mentre il nucleo è ben conservato. Le fibre nervose invece sono più fortemente compromesse, le fibre mieliniche sono distrutte in corrispondenza dei focolai emorragici, mentre fuori di esse i cilindrassi appaiono rigonfiati e tortuosi.

La seconda ammalata che forma oggetto del mio studio venne ricoverata, perchè gravida all'ottavo mese, in sezione maternità, diretta dal dott. F. Landucci.

B. E..., maritata M., d'anni 31, casalinga, Bergamo.

Ricoverata l'8 gennaio 1920 per convulsioni.

Sunto clinico. — Gravidanza di mesi otto, encefalite emorragica con paresi del facciale destro. Provocazione del travaglio. Puntura di Quinke, salasso, morte.

Nulla nel gentilizio, non lue, non alcoolismo.

Sofferse di influenza nel 1918. Ebbe una gravidanza cinque anni fa a termine normale, puerperio regolare. Da un mese soffriva di vomito e di disturbi gastrici.

Ora è ammalata da sette giorni.

Cominciò ad accusare ronzio e dolore all'orecchio destro, catarro naso-faringeo, bruciore alle congiuntive bulbari, tosse e vivi dolori alla nuca che si estendevano fino alle spalle con notevole stato di agitazione. In questi ultimi giorni si accorse di avere la bocca storta.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali di nutrizione buone. Iperemia delle mucose bulbari oculari. Cianosi delle guancie e delle labbra. Respiro frequente (30) polso 100. Notevole stato di agitazione. V'è paresi del facciale destro superiore e inferiore. Non esistono dolori alla parte nè al punto di uscita del facciale. Movimenti pseudo-coreici delle dita delle mani. Intelligenza conservata. Pupille eguali e reagenti. Movimenti dei bulbi oculari normali. Deambulazione lenta, incerta, quasi da vertigine. Non Romberg. Riflessi superficiali e profondi normali. Sensibilità conservata. Non Babinski.

Esame del torace. — Cuore in limiti normali. I toni sono completamente coperti dal respiro affannoso.

Polmoni. — Respiro aspro con sibili su tutto l'àmbito d'ambo i lati. Qualche rantolo alle basi.

Esame dell'addome. — Voluminoso, gravido di otto mesi, si ascolta il battito fetale.

Esame delle orine. — Limpide di colorito rossastro, acide, D. 1023, traccie di albumina.

La puntura lombare dà esito a liquido limpido che esce a zampillo sotto forte pressione (lasciato e sè non forma reticolo e allo esame non presenta elementi di essudazione).

Si pratica il salasso nel giorno successivo presentandosi la ammalata fortemente cianotica, affannosa (R. 35) con polso teso (120 al m.), con temperatura al mattino 37.8, la sera 39.4. Applicazione della candeletta e provocazione del parto. Dopo la puntura lombare e il salasso l'ammalata parve un po' sollevata, ma subito tornò a peggiorare. Si mantenne durante la sua degenza in ospedale sempre agitatissima. Muore la mattina del 10 gennaio.

Reperto necroscopico. — Nulla all'esame esterno del cadavere.

Capo. — Osteofitosi notevole recente della calotta cranica. Tensione della dura madre leggermente aumentata. Seno longitudinale vuoto. Lieve opacamento delle pie meningi alla volta, specie lungo il decorso dei vasi piali che appaiono fortemente congesti. Intensissima congestione delle due sostanze cerebrali. Molto scarse, diffuse nelle due sostanze, appaiono delle piccolissime punteggiature emorragiche coll'aspetto dei morsi di pulce. Sul pavimento del quarto ventricolo in corrispondenza dell'*eminentia teres* di destra le punteggiature emorragiche sono molto abbondanti ed interessano profondamente il nucleo del facciale. Nulla di notevole all'esame del cuore.

Nei polmoni, focolai di bronco-polmonite recente. Reni congesti. Lieve tumore di milza. Fegato di volume normale. Nulla agli organi della digestione e genitali.

L'esame istologico praticato sul frammento prelevato in corrispondenza del quarto ventricolo dimostra le note dell'encefalite emorragica quale abbiamo descritte nel caso precedente.

R. P..., maritata B., d'anni 29, operaia, Ranica (Bergamo). Ricoverata in sezione medica prima il 18 gennaio 1920 per bronchite.

Sunto clinico. — Gravidanza al sesto mese, catarro bronchiale, encefalite emorragica, puntura di Quinke, morte.

Nulla nel gentilizio. Godette sempre ottima salute. Non lue, nè alcoolismo. Maritata da sei mesi, è gravida di mesi cinque.

La presente malattia si iniziò una quindicina di giorni prima con: malessere, senso di stanchezza, catarro naso-faringeo, dolori alla deglutizione, tosse con scarsa espettorazione, febbriciattola. Persistendo tali sintomi e mancando in casa di mezzi di sussistenza, viene inviata in ospedale. Al suo ingresso accusa dolori alla deglutizione e tosse.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali di nutrizione ottime. Temperatura 37.2, polso 70, respiro 16, arrossamento del rino-faringe con leggero edema del velopendolo. Iperemia congiuntivale. Nulla di notevole all'esame del cuore. Sul torace anteriormente e posteriormente, alla ascoltazione, respiro aspro con sibili diffusi con qualche grosso rantolo alle basi.

Addome. — Gravido di cinque mesi, si ascolta il battito fetale.

Urina. — Limpida, di colorito giallo-chiaro, quantità 1000 in ore 18 senza albumina.

Le condizioni si mantengono invariate nei primi due giorni di degenza con temperatura 36.4 al mattino, 37.2 la sera. L'ammalata anzi riferiva di sentirsi meglio. La mattina del 21 (tre giorni dopo il suo ingresso) ebbe vomito e si lamentò di cefalea intensa e di ronzio all'orecchio sinistro: era però completamente tranquilla con temperatura 36.4 il mattino, 36.7 la sera. La mattina del 22, dopo una notte agitata, l'ammalata ha convulsioni continue; l'intelligenza è conservata, si lamenta solo di forte cefalea. L'aspetto è stuporoso. Vi è ptosi della palpebra superiore sinistra. Si notano movimenti pseudocoreici alla metà sinistra della faccia e dell'angolo sinistro della bocca che è lievemente stirato in basso. Pupille uguali, ben reagenti. Movimenti oculari normali. Riflessi normali. Sensibilità conservata. Fatta scendere dal letto e invitata a camminare presenta: andatura lenta, barcollante, incerta, quasi atassica. Non Romberg.

Nonostante tentativi non è possibile eseguire la puntura lombare. L'agitazione in breve aumenta, i movimenti pseudo coreici si fanno più intensi, l'ammalata rapidamente si aggrava e muore dopo poche ore. Riesaminata l'urina, estratta con catetere, data la gravidanza in atto, non si riscontra albumina.

Reperto necroscopico. — Nulla all'esame esterno del cadavere.

Capo. — Osteofitosi della calotta cranica, aumentata la tensione della dura madre, opacamento delle pie meningi. Congestione intensa delle due sostanze, specie della grigia che appare di colorito roseo. Non si vedono punti emorragici in nessuna parte della sostanza cerebrale.

Negli esami praticati nella sostanza cerebrale prelevata in vari punti della corteccia, appare una forte ripienezza dei vasi sanguigni con abbondante essudazione perivasale di polinucleari. Mancano invece gli stravasi sanguigni descritti nei casi precedenti. Nel resto del cadavere come nel caso precedente. Utero gravido di cinque mesi.

CONSIDERAZIONI.

La diagnosi di encefalite era abbastanza evidente nei miei tre casi di cui ho riferito la storia clinica: il controllo al tavolo anatomico ha confermato il diagnostico.

Il reperto negativo del liquido cefalo rachidiano e l'assenza dei sintomi prettamente meningei (Kernig-rigidità-variabilità del polso) ne hanno fatto escludere le meningite cerebro-spinale. Il manifestarsi poi della malattia nella stagione invernale, il fatto che le persone colpite nei miei tre casi sono adulti, la mancanza di paralisi agli arti, la normalità del liquido cefalo-rachidiano hanno fatto ammettere trattarsi di encefalite anzichè di poliomielite la quale insorge con maggior frequenza nelle stagioni estive e autunnali, colpisce prevalentement i bambini, dà paralisi negli arti e alterazioni spiccate nel liquido cefalo-rachidiano.

E che l'encefalite sia infettiva e di natura probabilmente influenzale, benchè manchi l'accertamento batteriologico, ce lo fa ammettere le contemporaneità della sua insorgenza con l'attuale epidemia d'influenza a localizzazione varia, e le manifestazioni, nei miei ammalati, di fatti catarrali dell'apparato respiratorio propri dell'infezione influenzale. Come appare poi dalle mie storie cliniche, i sintomi dell'encefalite probabilmente influenzale da me riscontrati sono pressochè quelli ricordati dalla maggior parte degli autori: febbre, deliri, convulsioni, manifestazioni coreiche, paresi dei nervi cranici, normalità del liquido cefalo-rachidiano. E' venuto invece a mancare (se si eccettua il primo caso ricoverato in istato di coma, forse per la gravità e l'estensione del processo) la letargia, che alcuni autori considerano come sintomo capitale; così il Dragotti nell'encefalite letargica o da influenza la mette fra i sintomi cardinali e Schlesinger e Redlick «hanno osservato molti casi di detta malattia con sintomatologia molto varia, ma la sonnolenza, riferiscono, entrava in tutti gli ammalati e scompariva dopo qualche giorno o appariva tardivamente».

L'esame istologico dei pezzi di cervello prelevati nel primo caso ha messo poi in evidenza i caratteri dell'encefalite emorragica con partecipazione, benchè in scarso grado, delle pie meningi e perciò una meningo-encefalite emorragica. L'agente patogeno deve giungere al cervello per le vie dei vasi sanguigni, come dimostra l'accumularsi degli elementi di essudazione specialmente all'intorno dei vasi.

Tra gli elementi di essudazione sono in prevalenza i polinucleari. La forma morbosa colpisce indifferentemente la sostanza bianca e la sostanza grigia, a carattere in parte necrotico sulle pareti vasali, donde gli stravasi sanguigni nella sostanza nervosa che ne rimane in parte necrotizzata in parte compressa; in parte a carattere nettamente infiammatorio per la presenza di polinucleari attorno ai vasi. E' da rilevare ancora la scarsa compartecipazione delle cellule nervose.

Nel secondo caso, degno di nota è il fatto della speciale localizzazione del processo morboso in corrispondenza del nucleo del facciale, corrispondente alla sintomatologia più evidente presentata dall'ammalata durante la vita. Sono mancati, come abbiamo già ricordato, nel terzo caso gli stravasi sanguigni, probabilmente perchè si trattava di forma più acuta.

In questi giorni poi, mentre attendevo alla compilazione di questa breve memoria, nel reparto femminile della prima sezione medica, affidato alle mie cure, sono state ricoverate parecchie forme insorte acutamente, talune con convulsioni e deliri, manifestazioni gravi coreiche agli arti, altre con parestesie alle gambe, senso di debolezza, aspetto stuporoso, con andatura barcollante, lenta, incerta, con temperatura sub-febbrile, presentanti tutte alle natiche e alle radici delle coscie manifestazioni cutanee ricoperte da crosticine perfettamente simili a un zoster in periodo di essicazione.

Queste forme si ricollegano per i loro sintomi e per la contemporaneità dell'insorgenza con le altre più gravi di encefalite che ho descritte.

Mi pare intanto di poter affermare che appunto per tale contemporaneità e uguale localizzazione nei centri cerebrali, l'agente patogeno, da me accertato, possa supporsi essere lo stesso negli uni e negli altri casi, e che la differenza fra essi non sia che di grado (oltrechè naturalmente di diversità di sede), per cui dove la lesione anatomica è più grave e veramente emorragica e distruttiva si hanno paresi, paralisi (e anche lo stato letargico?), dove la lesione è meno grave e l'encefalite non è, o meglio non è ancora emorragica, si hanno fenomeni non paralitici, ma bensì di irritazione che possono manifestarsi appunto con convulsioni a tipo coreico. Tanto più io credo ciò ammissibile, datochè se vi sono forme o nettemente convulsive o nettamente letargiche, molte sono quelle che, quasi forme di passaggio, uniscono le due sintomatologie.

Delle forme prevalentemente coreiche io mi riprometto, dopo uno studio e una attenta osservazione, di farne presto oggetto di una nuova memoria.

Ringrazio il prof. S. Minelli direttore del laboratorio anatomo-patologico e batteriologico che mi fu largo di consigli e di aiuto nelle ricerche anatomiche e istologiche.

BIBLIOGRAFIA.

DIEMER. *La polinevrite da influenza.* « Gazette Hebdomadaire de médecine et de chirurgie », n. 4, 13, I, 1901.

BOMBICCI. *Sull'encefalite emorragica con speciale riguardo alla forma tubercolare.* « Riv. Sper. di Freniatria », 1902, 1903, IV, I.

MASETTI. *Un caso di encefalite emorragica acuta non purulenta da pneumococco.* « Riv. crit. di Clin. Medica », 1902.

COLLINS. *L'influenza e le sue relazioni con le malattie del sistema nervoso.* « Mèdical Record », 2 marzo 1907.

ROCCAVILLA. *Sulle encefaliti acute.* « Riv. Sper. di freniatria », vol. XXXVII, fasc. 4, 1911.

FUSCO. *Sopra un caso di polinevrite da influenza con diplegia del facciale.* « Policlin. », Sez. prat., 1911, fasc. 10.

G. A. *Influenza cerebrale.* « Policlin. », Sez. prat., 1911, fasc. 8, 1912.

CIRIO. *Contributo allo studio dell'encefalite da pneumococco.* « Morgagni », parte I, Archivio, giugno 1913.

DRAGOTTI. *Il nona o encefalite letargica epidemica.* « Policlin. », Sez. prat., fasc. 40, 1918.

WELTER. « Bull. de l'Acad. de Med. » 7 maggio 1918, riportata dal « Morgagni », parte II, Riviste 25 agosto 1918.

NETTER. « Paris Mèdich. » 3 agosto 1918, riportato dal « Morgagni », parte II, Riviste, 15 ottobre 1918.

TANFANI. *Lesioni nervose da influenza.* « Policlin. » Sez. prat., fasc. 8, 1 gennaio 1919.

ASCOLI. *Sulla cosidetta encefalite letargica.* Comunicazioni al XXV Congresso di medicina interna. Trieste.

NOTE PREVENTIVE.

Reazione specifica delle urine nelle infezioni peritoneali acute

per il dott. ORESTE SGAMBATI.

Da lungo tempo ho osservato una reazione cromogena, non descritta da altri, nelle urine degli individui affetti da intossicazione acuta di origine peritoneale. La costanza di detta reazione in un numero ormai rilevantissimo di casi e la sua assenza in ogni altra forma morbosa e nelle infezioni di altri organi non mi fanno più oltre esitare nel dichiarare tale reazione specifica per le infezioni peritoneali acute.

Riservandomi di esporre in uno studio completo, se mi sarà possibile, la natura chimica della sostanza cromogena in parola e di chiarirne l'origine ed il meccanismo di sviluppo in rapporto coi vari germi infettivi o coi loro prodotti, in funzione con la reazione specifica peritoneale, credo utile

esporre sin da ora la tecnica della reazione, tanto perchè possa venire controllata su larga scala a scopo diagnostico, quanto per garantire a me la priorità e la paternità del metodo.

Si versano 8 o 10 cmc. di urina in una comune provetta, quindi, tenendo questa inclinata, si fa sgocciolare lungo la sua parete, da un pipetta, una certa quantità di acido nitrico fumante (2 o 3 cmc.) in maniera che il liquido scorra lentamente attraverso l'urina ma senza mescolarsi con essa, raccogliendosi sul fondo per il suo alto peso specifico.

Si raddrizza la provetta e la si inclina successivamente parecchie volte in modo di aumentare per quanto è possibile il contatto fra i due liquidi, senza tuttavia mescolarli.

Se la reazione è positiva si vedrà formarsi *sopra* l'anello giallo-rosso di contatto (che si produce in ogni urina) *un altro anello di colorito bleu-grigio oscuro,* più o meno intenso, che va sfumando in alto. L'osservazione va fatta *a debole luce incidente* contro un fondo bianco onde apprezzarla con certezza anche quando è poco intensa. Ma il più delle volte l'alone bruno è tanto marcato che colpisce a prima vista sotto ogni luce.

Lasciando riposare verticalmente la provetta, l'alone bleu-grigio aumenta ancora un poco. Quindi il colorito oscuro si diffonde a tutta l'urina, che assume un aspetto dicroico: grigio-bluastro per incidenza, rosso bruno per trasparenza.

Se, dopo qualche ora, si agita il tutto con aggiunta di cloroformio e si lascia decantare (come per la ricerca dell'indacano) il cloroformio si colora di un bellissimo colore rosso rubino, tanto più bello e marcato se si decanta il liquido soprastante e si lava ripetutamente il cloroformio con acqua, centrifugando.

Sorvolo per il momento sopra altre reazioni accessorie, poichè bastano le sopra esposte per rivelare anche tracce minime della sostanza colorante.

Valore pratico della reazione:

1° È specifica delle infezioni peritoneali acute, anche se molto circoscritte.

2° L'entità della reazione è in rapporto specialmente con la gravità della intossicazione generale e pertanto con la virulenza dei germi che l'hanno prodotta, più che con la diffusione anatomica della lesione. Può essere, ad es., leggera in una peritonite anche diffusa da perforazione dello stomaco o del duodeno, marcatissima in una peritonite da perforazione appendicolare anche molto limitata. È in genere tanto più intensa quanto più grave è lo stato generale dell'infermo;

3° Non esiste alcun rapporto tra la presenza di detta reazione e quella di altre sostanze cromogene nell'urina (indolo, scatolo, pigmenti biliari), nè con le condizioni funzionali dell'intestino. È sempre mancante nelle occlusioni intestinali anche gravi, se non coesiste peritonite: è presente anche ad alvo aperto se esiste infezione peritoneale anche limitata;

4° La reazione si presenta in genere precocemente in ogni peritonite acuta: spesso precorre ogni altro sintoma. Diminuisce rapidamente migliorando le condizioni generali, in seguito, per es., ad un atto operativo; mentre ritorna a farsi intensa nell'aggravarsi dei fatti generali. Ha pertanto anche grande importanza prognostica.

Circa la presenza di detta reazione in altri liquidi dell'organismo, esporrò i risultati nel lavoro completo.

Roma, Febbraio 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

SIEROLOGIA.

Sierodiagnosi della sifilide.

(BORDET e RUELENS. *British Medical Journal*, 13 settembre 1919).

L'uso che era fatto da Wassermann e dai suoi collaboratori della reazione di Bordet e Gengou, ed il limitato insegnamento dell'opera di questi brillanti investigatori, è adesso una vecchia storia. Ed è perciò un piacere il ricordare alcune recenti osservazioni di Bordet e Ruelens sulla tecnica di quella reazione che oggigiorno è forse la più frequentemente usata nei laboratori di chimica. Teoricamente un buon antigeno per la diagnosi della sifilide deve avere le seguenti qualità:

1° Deve essere veramente un reagente specifico, vale a dire non deve assorbire complemento da sè stesso o in presenza di siero non sifilitico, mentre invece deve manifestare un alto grado di potere assorbente in presenza di siero sifilitico;

2° In emulsione deve essere un liquido quasi trasparente in modo da non dare emolisi oscure, e rendere le letture difficili;

4° Deve essere di facile preparazione affinchè gli esperimentatori possano fare affidamento sopra un prodotto uniforme e stabile.

Bordet e Ruelens dichiarano che il loro antigeno (che essi hanno adoperato in un largo numero di prove durante gli ultimi quattro anni) risponde a questi requisiti di stabilità, di purezza e di specificità.

Si trita il cuore di vitello, non molto finemente,

badando di non spremere il succo: a cento grammi di questo si aggiunga in una bottiglia 125 cmc. di alcool a 94° e si agiti la mistura. Lo scopo di questa operazione è solo di coagulare le proteine, e non di sciogliere le sostanze grasse o i lipoidi.

La mistura si lascia alla temperatura della stanza per alcuni giorni, quindi si filtra, ed il residuo si dissemina in un cristallizzatore e si colloca nella incubatrice per un giorno. Il tessuto asciuga molto rapidamente, senza andare incontro ad alcuna modificazione, ed in seguito vien trattato in una boccetta con 200 cmc. di acetone alla temp. di 18°-20° C. per circa una settimana, dopo di che si filtra.

Un ulteriore trattamento del tessuto con acetone fresco per un altro giorno serve a sbarazzarlo di tutte le tracce delle sostanze solubili in acetone. Si filtra di nuovo e lo si priva completamente di acetone collocandolo nell'incubatrice per parecchie ore. Finalmente si pone il tessuto in una boccetta con 200 cmc. di alcool a 94° e lo si tiene così per otto o dieci giorni alla temperatura di circa 20° C. Quindi si filtra e si ottiene l'antigeno. Esso ha una tinta giallo oro, e se è tenuto ad una temperatura molto bassa può diventare leggermente opaco: con mite riscaldamento esso diventa nuovamente limpido: questa soluzione alcoolica si mantiene in questo modo indefinitamente. Quando si sta per compiere gli esperimenti, si misurano 0.5 cmc. di questa soluzione alcoolica in un largo vetro da orologio e si fanno rapidamente evaporare nell'incubatrice: alla piccola quantità di residuo giallo così ottenuto si aggiungono 2 cmc. di acqua distillata, e si agita con una bacchetta di vetro.

Poi si trasporta in una provetta, vi si aggiungono 18 cmc. di soluzione fisiologica e si agita. Usata sola, o in presenza di siero normale, questa emulsione non assorbe nessun complemento, mentre che essa ha un considerevole potere d'assorbimento col siero sifilitico, così che quando la reazione è molto attiva una diluizione estremamente debole di antigene può ancora deviare il complemento: e ciò è degno di considerazione, poichè esso devierà in modo maggiore che un estratto preparato nella solita maniera.

Bordet e Ruelens procedono colla reazione come segue: alle provette contenenti 1 cmc. di soluzione fisiologica si aggiungono tre gocce di emulsione di antigeno, e quindi una goccia di siero fresco di cavia previamente diluito in un volume eguale di soluzione fisiologica, e finalmente 0.05 cmc. oppure 0.1 cmc. del siero sospetto, che deve essere stato inattivato a 56° per 20 minuti.

Le pipette usate per le gocce sono tubi a punta e così preparate in modo che ciascuna dia 25 gocce per ogni centimetro cubico di soluzione fisiologica.

Naturalmente si devono fare tutti gli altri controlli. Dopo, lasciate le provette per un'ora nell'incubatrice, si aggiunge una goccia di corpuscoli sensibilizzati.

Gli autori impiegano corpuscoli di capra lavati e diluiti in un volume due volte più grande di soluzione fisiologica a cui si è aggiunta la necessaria quantità di siero emolitico, che nella provetta di controllo deve dare emolisi dai 20 ai 30 minuti.

L'attività d'un siero sifilitico può essere misurata da una serie di diluizioni dell'antigeno.

È stato anche notato che le sostanze lipoidi dell'antigeno precipitano come un precipitato fioccoso sotto l'influenza d'un siero sifilitico inattivato ed il precipitato fioccoso si presenta più prontamente alla temperatura di 50°-55° C.

Questo precipitato ha un intenso potere d'assorbimento per il complemento.

Dott. A. Bovi.

Importanza clinica della sierodiagnosi della sifilide per mezzo della reazione precipitante a fiocchi per la prognosi e per la cura della lues.

(A. Perutz. *Wiener Klin. Wochenschr.*, n. 39, 1919).

Le prime reazioni precipitanti a fiocchi col siero dei sifilitici furono eseguite da Porges e Meier; come sostanza precipitabile a fiocchi essi usarono la lecitina in emulsione. Risultati migliori e più specifici si ottennero poi, sostituendo alla lecitina il glicocolato di sodio. Per rendere più voluminosi i fiocchi che tale sostanza forma a contatto con un siero sifilitico, e diminuire in tal modo le possibilità di errore, l'A. aggiunge alla soluzione di glicocolato sodico della colesterina. Egli raccomanda la tecnica seguente: Una soluzione madre di 2 gr. di glicocolato di sodio e 0,4 gr. di colesterina in 100 gr. di alcool al 96 % viene diluita all'1:20 con acqua distillata; si mescolano bene in una provettina, 0,2 cmc. di tale soluzione con 0,4 cmc. di siero inattivato del malato, e 0,2 cmc. di soluzione al 2 % di glicocolato sodico. La provetta, chiusa con tappo d'ovatta, si lascia immobile per 20 ore; si osserva allora, in caso di reazione positiva, una precipitazione a forma di fiocchi.

Tale reazione è specifica almeno quanto quella di Wassermann. Nello stadio iniziale della sifilide, essa riesce positiva 1-2 settimane prima di quella della deviazione del complemento; è adunque la reazione più adatta per distinguere lo sta-

dio della sifilide locale da quello della sifilide costituzionale.

Tale distinzione è di somma importanza prognostica; quando all'inizio della sifilide è negativa, oltre a quella di Wassermann, anche la reazione precipitante a fiocchi, si può con sicurezza ammettere che la sifilide è ancora localizzata: riescirà allora la cura abortiva della sifilide. Secondo l'A., le probabilità di guarigione permanente, sarebbero in tale caso del 100 %.

Come quella di Wassermann, anche la reazione precipitante può riuscire negativa sul sangue, positiva su qualche altro liquido organico.

Quando dopo una cura antiluetica la reazione di Wassermann è diventata negativa, la reazione precipitante è spesso ancora positiva, e tale permane talvolta a lungo.

POLLITZER.

MEDICINA.

Le nuove vedute sulla malaria.

(LICHTECSTEIN. *Mediz. Klinik.*, n. 36, 7 sett. 1919).

L'A. riporta le osservazioni e le opinioni di vari autori specie in rapporto alla questione della pluricità o unicità del parassita malarico. Le osservazioni compiute si riferiscono ad un periodo di oltre 2 anni e sono state fatte durante la guerra europea.

Mietens, Seyfahrt, Plehn sono favorevoli all'opinione che il parassita malarico sia unico, e che la trasformazione del parassita da una forma nell'altra sia dovuta in primo luogo alle cause esterne e specialmente al clima. Seyfahrt riferisce di essere riuscito ad ottenere la produzione della terzana primaverile in un malato che aveva sempre mostrato nel sangue soltanto i gameti della tropicale, e ciò mediante l'iniezione di ergotina, o di adrenalina o di siero antidifterico. Plehn riferisce il caso di un malato nel quale fu notata nel sangue la presenza esclusivamente di semilune, mentre in seguito furono, per varie setimane, riscontrati soltanto parassiti della terzana primaverile con grossi gameti rotondeggianti. In altri malati, provenienti dalla Polonia e dalla Galizia, nei quali la forma malarica era stata diagnosticata clinicamente e per l'andamento caratteristico della curva termica, come terzana; furono riscontrati parassiti assai simili a quelli della quartana.

H. Wörner invece è fautore della teoria pluricista e considera i casi di terzana verificatisi al principio dell'anno come recidive di una infezione contratta l'anno precedente e rimasta latente per effetto della profilassi chininica.

Pure durante la guerra furono eseguite numerose osservazioni inerenti alla profilassi ed alla terapia della malaria. Plehn notò in Macedonia la presenza di numerosi parassiti nel sangue circolante, senza che si avesse l'accesso febbrile, e che pure durante la somministrazione di chinino, ed anche dopo una cura energica di tre giorni, si trovavano ancora parassiti.

D'altra parte si è osservato che tanto la febbre, quanto i parassiti possono scomparire anche senza somministrazione di chinino, e che si hanno casi tipici di malaria con l'andamento caratteristico della curva termica, senza che sia possibile rinvenire parassiti nel sangue.

Tra i metodi impiegati per provocare l'accesso febbrile nei casi di malaria latente, l'A. ricorda il bagno freddo; l'irradiazione della milza, le iniezioni di latte e di Salvarsan. Schittenhelm e Schlecht indicarono l'uso dell'adrenalina Schilling notò che quando riesce negativa la ricerca dei parassiti nel sangue, parlano in favore dell'infezione malarica, oltre i segni clinici, la policromasia e la punteggiatura basofila delle emazie e l'aumento del numero dei grandi mononucleati.

Engel fece ricerche sul sangue di malarici in 50 casi, ma non trovò un quadro ematologico caratteristico. Notò soltanto che si trovano in maggior numero forme giovani di polinucleari neutrofili. Durante il periodo dell'infezione gli eosinofili sono in numero normale, mentre possono aumentare sino al 13 % dopo la malattia. Così pure dopo il decorso della malattia può aumentare la percentuale dei grandi mononucleari, nel cui protoplasma si possono notare piccoli granuli rosso-violetti interpretati come resti della cromatina dei parassiti. Engel non notò modificazioni a carico dei linfociti.

Seyfahrt consiglia, per potere applicare una cura conveniente, di praticare l'esame profilattico del sangue per es. il 1° ed il 15 di ogni mese onde colpire le infezioni malariche al loro inizio.

Circa la cura Brünner consiglia nei casi gravissimi di praticare una iniezione endovenosa di chinino nella dose da 0,60 a un grammo e di applicare, dopo una pausa di 2 o 3 giorni, il trattamento che egli indica per i casi gravi, cioè la somministrazione di chinino nella dose di un grammo al giorno, per tre giorni consecutivi, da ripetere dopo 6 giorni di riposo e sino a che l'esame del sangue risulti per tre volte negativo. Negli ammalati anemici consiglia le iniezioni intramuscolari di gr. 0,10 di cacodilato di sodio, e nei casi gravi anche le iniezioni endovenose di gr. 0,60 di Neosalvarsan.

TRENTI.

L'alto valore della radioterapia nella malaria cronica e nella profilassi antimalarica.

(A. PAIS. *Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche*, 2 novembre 1919).

L'A. studiando l'azione biologica dei raggi X nell'infezione malarica, fu colpito dalla loro efficace azione terapeutica, per cui fu spinto a sperimentare questo nuovo metodo di cura nella malaria cronica. Egli aveva già disposto la tesi che i raggi distruttori della cellula vivente nelle dosi comunemente usate, dovevano in dosi minori e con tecnica opportuna produrre fenomeni di eccitamento a carattere normale, contrariamente alla teoria dominante che ritiene generalmento il radioeccitamento legato ad accrescimento mostruoso, a regresso embrionale dei tessuti, a cariocinesi atipica, ecc. In base alla sua ipotesi con piccole ed opportune quantità di raggi eccitò gli organi ematopoietici, per studiarne la loro attività funzionale, considerando come rivelatori di essa la leucocitosi polinucleare neutrofila, la fagocitosi negli organi linfatici e nel midollo osseo, l'iperattività fagocitaria degli endoteli vasali, l'iperplasia del midollo osseo.

In circa 3000 esperienze notò fenomeni complessi, multiformi, in apparenza contradittorî. Le alte dosi di raggi si mostrarono nocive all'organismo e le forme febbrili divennero più gravi, le piccole dosi o dosi eccitanti si mostrarono invece inibitrici della curva termica. L'ora della irradiazione si dimostrò un elemento di alta importanza, capace per sè di determinare l'esaltamento o l'attenuazione della forma febbrile. Essa deve cadere nel momento opportuno, quando cioè nell'organismo avvengono le reazioni naturali, che a noi sono in parte rivelate dalla funzione fagocitaria. Le diverse forme morbose si mostrarono diversamente sensibili.

Infatti le forme acute gravi si dimostrarono generalmente molto radiosensibili, mentre le forme croniche molto resistenti ad alte quantità di energia. Inoltre la chinina associata all'azione dei raggi X assumeva inopinatamente un potere modificatore della curva termica anche in dosi piccolissime, fenomeno attribuito dall'autore alla produzione da parte degli organi emopoietici stimolati dai raggi X di anticorpi specifici, capaci di rendere efficace l'azione del medicamento. Infine osservò diminuzione del tumore splenico, rapido e progressivo miglioramento della crasi sanguigna.

Tutti questi fatti lo attrassero verso la radioterapia della malaria, dove del resto era già stato preceduto da altri (V. Maragliano, Bruce Skimmer, Carson, Signorelli, De Marchi) i quali però, non avendo ottenuto risultati soddisfacenti, avevano negato all'energia radiante ogni azione antimalarica. L'A. sperimentò su 290 casi di malaria cronica e chinino resistente con irradiazioni nella milza di dosi di raggi relativamente tenui, distanziate, uniformi in superficie e in profondità, alternando periodi di riposo con opportinue rinnovate serie d'irradiazioni. Lo studio della curva termica e delle sue modificazioni sotto l'azione dell'energia radiante lo guidò a moderarne le dosi, a distanziarle opportunamente: le elevazioni termiche troppo alte dopo l'irradiazione indicavano intolleranza e quindi consigliavano dosi minori più distanziate; l'attenuamento lieve o l'inflessibilità della curva febbrile incoraggiavano invece a dosi maggiori.

Con questa tecnica ottenne risultati sorprendenti: le curve termiche si attenuarono e scomparvero con un ritmo quasi costante in un breve periodo di tempo e si accompagnarono sempre ad un miglioramento notevole dello stato generale, della crasi sanguigna, a riduzione del tumore splenico.

Alle prime irradiazioni segue generalmente diminuzione lieve e di breve durata degli eritrociti, seguita però da aumento progressivo e costante. Queste modificazioni vanno di pari passo con quelle del tumore di milza. I dolori splenici aumentano dopo qualche ora dall'irradiazione, talvolta riappaiono, se assopiti; ma presto segue un progressivo miglioramento di tutti i dolori, delle molestie caratteristiche dei malarici, mentre la milza va più o meno rapidamente, ma sicuramente riducendosi. Per ciò che riguarda il parassita dopo le prime irradiazioni si ha talvolta un'invasione di forme parassitarie nel sangue, poi il reperto gradualmente diminuisce fino a diventare negativo.

Infine l'efficacia della chinina associata all'azione dei raggi è molto maggiore, sicchè dosi piccole di essa divengono efficaci ove prima le alte dosi erano insufficienti.

L'A. ravvicina le profonde modificazioni che avvengano negli organi emapoietici e nel sangue dei malarici cronici irradiati per mezzo dei raggi X alle reazioni che l'alta montagna suscita in questa categoria di malati. Anche qui si osservano infatti rapide reazioni ematologiche, il subitaneo rifiorire dello stato generale negli infermi che dalla pianura salgono alla montagna, le riacutizzazioni frequenti al primo contatto dell'alta montagna, riacutizzazioni combattute però efficacemente dalla chinina.

CESETTI.

CHIRURGIA.

Osservazioni sul funzionamento delle bocche gastro-enterostomiche.

(G. METIVET. *La Presse Méd.*, n. 8, 28 genn. 1920).

Blake e Cannon, Leggett e Maury, Kelling, Delbet, Tuffier hanno ammesso che l'evacuazione per la bocca gastro-intestinale è nulla allorchè è praticata su uno stomaco a piloro permeabile. Legueu, Bérard e Destot, Pers, Gray, Petren, Hartel, Hesse, Munz, Maingot e Wolfromm avevano tuttavia constatato che l'evacuazione per la bocca si fa anche in caso di piloro permeabile.

Come spiegare questi pareri divergenti? L'A. ha ripreso con il prof. Hartmann l'esperimentazione sugli animali ed ha potuto osservare che se la bocca ha sede sulla porzione cardiaca dello stomaco il contenuto gastrico passa in totalità per il piloro, mentre che se la bocca risiede sull'antro pilorico il contenuto gastrico passa quasi esclusivamente per la bocca gastro-intestinale.

Quanto all'obliterazione anatomica delle bocche gastro-intestinali praticate su stomaci a piloro permeabile, che alcuni autori (Kelling, Tuffier) hanno ammesso, essa non è legata allo stato di permeabilità del piloro. Queste obliterazioni sono in realtà legate ad un'ulcerazione della bocca seguìta da cicatrizzazione. Non si può ammettere che una bocca bene orlata da una mucosa dappertutto continua possa, nell'assenza di ogni tessuto cicatriziale, obliterarsi unicamente perchè è inutilizzata; questo fatto sarebbe contrario alle leggi di patologia generale.

Il modo d'evacuazione dello stomaco dopo gastro-enterostomia è variabile. L'evacuazione gastrica può farsi senza che le contrazioni gastriche intervengano per produrre questa evacuazione; si vede allo schermo il bismuto arrivare nello stomaco e guadagnare immediatamente, per la bocca, il digiuno. Nella maggioranza dei casi, però, l'evacuazione gastrica sembra legata all'esistenza delle contrazioni gastriche: infatti, dopo l'ingestione di una pasta al bario, si vede una piccola parte di questa pasta passare nel digiuno, poi compaiono le contrazioni gastriche e al momento in cui l'onda di contrazione arriva in corrispondenza dell'antro pilorico, un boccone di pasta baritata passa nel digiuno. Se il piloro è permeabile l'evacuazione può farsi per getti successivi, nello stesso tempo per il piloro e per la bocca, impiegando ordinariamente da tre quarti d'ora ad un'ora e mezza.

Due fattori sembrano sopratutto determinare il modo d'evacuazione dello stomaco: lo stato della bocca anastomotica e lo stato dello stomaco. Sul digiuno, se la bocca ha sede troppo vicino all'angolo duodeno-digiunale, si può vedere, all'esame radioscopico, una tasca della grande curvatura, legata alla trazione esercitata su essa da un'ansa digiunale troppo corta. Se, di più, la bocca è situata sullo stomaco ad una certa distanza al disopra della grande curvatura, si forma un basso fondo gastrico che si vuota difficilmente. Sede della bocca nel punto declive dello stomaco, sede della bocca sulla porzione pilorica dello stomaco, sede della bocca abbastanza lontano — ma non troppo — dall'angolo duodeno digiunale sul digiuno, tali sono le condizioni che favoriscono al massimo grado l'evacuazione dello stomaco per la bocca gastro-enterostomica.

Il calibro della bocca costituisce egualmente un fattore di cui bisogna tenere gran conto. E si capisce che un piccolo orificio in corrispondenza del quale si possono produrre numerose frangie mucose, debba funzionare molto mediocremente.

E sopratutto su gli stomaci flaccidi, dilatati, che si osserva l'evacuazione quasi istantanea dello stomaco quando la bocca gastro-enterostomica è stata fatta nel punto declive dello stomaco. E sopratutto sugli stomaci ipertonici che si vede l'evacuazione per la bocca gastro-intestinale farsi nel momento delle contrazioni dell'antro pilorico.

Fra gli accidenti che possono seguire lo stabilimento di una bocca gastro-intestinale, la diarrea ha richiamato da lungo tempo l'attenzione dei chirurgi. Sembra risultare dalle ricerche di Mathieu e dei suoi allievi che la diarrea dopo la gastro-enterostomia è spesso legata ad una evacuazione attiva dello stomaco per la bocca.

Concludendo, l'A. si domanda se non sia logico di provare ad adattare la tecnica allo scopo che ci si propone di raggiungere:

1° Si tratta di una stenosi pilorica antica che ha prodotto una dilatazione gastrica con atonia muscolare? Su un tale stomaco la bocca avrà tendenza a funzionare meccanicamente, lasciando che lo stomaco si vuoti in pochi istanti, ciò che farà temere la comparsa della diarrea. Ma siccome in tali malati ci si propone di ottenere un'evacuazione gastrica per la bocca e non un drenaggio dello stomaco, si potrà accontentarsi di praticare una piccola bocca nel punto declive dello stomaco;

2° Si tratta di un malato portatore di un'ulcera duodeno-pilorica in evoluzione per il quale si cerca di mettere in riposo lo stomaco e per il quale non si può o non si vuole praticare una resezione gastrica? Si stabilirà allora su questo stomaco, generalmente ipertonico, una bocca larga, con sede sull'antro pilorico presso la piccola curvatura. Vi sarà tempo, più tardi, se la gastro-enterostomia non sembra mettere sufficientemente in riposo la regione dell'ulcera, di praticare una esclusione pilorica.

B. MASCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma,

Seduta ordinaria del 25 gennaio 1920.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, vicepresidente.

Cisti gassose del tenue.

R. ALESSANDRI. — Riferisce su di un caso di cisti gassose del tenue che gli è occorso di osservare in un individuo sul quale intervenne per stenosi pilorica, decesso in seguito per bronco-polmonite. Presenta il pezzo anatomico e ricorda le diverse teorie sulla patogenesi delle cisti gassose: quella della linfangite stenosante o chileferite stenosante con dilatazione consecutiva e quella batterica.

Il prof. Bastianelli, presa la parola, riferisce di aver osservato nel 1912 un caso che presenta alcune piccole differenze ma collima per i fatti clinici ed anatomo-patologici con quello riferito dal prof. Alessandri.

Il prof. Margarucci riferisce di aver avuto occasione di osservare anche egli un caso di cisti gassose dell'ultima porzione dell'intestino tenue.

Intorno alle oscillazioni sfigmiche così dette di Traube-Hering.

GIOVANNI GALLI. — L'O. intrattiene l'Accademia sulle oscillazioni sfigmiche di 3° ordine cosidette di Traube-Hering.

Presenta varie grafiche del polso e del respiro nelle quali si vedono contemporaneamente le oscillazioni di 1°, 2° e 3° grado.

La prova principale che queste oscillazioni sono di genesi bulbare l'O. la fonda sulla possibilità di provocare queste oscillazioni con l'atropina, la quale non solo ha la proprietà di rendere paretico il centro del vago ma di esaltare i centri vasomotori. Ritiene quindi che il valore clinico delle oscillazioni in parola è quello di indicare una iperfunzione dei centri vasomotori ed una diminuzione dell'azione frenatrice del vago.

Sulla encefalite epidemica.

V. ASCOLI. — L'O. riferisce su 27 casi di encefalite epidemica osservati nella Clinica medica dal dicembre ad oggi. Espone ed illustra la sindrome varia della malattia e il mutabile decorso nei successivi periodi di ogni singolo caso. Crede che essa si possa dividere nelle seguenti forme cliniche: forme letargiche, forme deliranti, forme a tipo di paresi centrale o paralisi periferiche, forme con ipercinesi (coreiche, spasmi clonici specie dei muscoli addominali, ecc.), forme a tipo doloroso. Ritiene la diagnosi facile in tempo di epidemia quando si verifichi paresi dei muscoli oculari (diplopia), leggera iperemia congiuntivale, confusione mentale, e spasmi muscolari. L'esame del liquido cefalo rachidiano non ha dimostrato alterazioni rilevanti se non in caso in cui v'era aumento notevole della pressione e dei linfociti: in questo caso vi fu emiplegia di origine centrale e morte. Le colture del liquido cefalo rachidiano come quelle del sangue hanno dato risultato negativo. Dall'iniezione in 3 scimmie di polpa cerebrale e midollare non ha avuto ancora alcun risultato, bisogna però tener conto che non è trascorso un mese dall'iniezione, periodo che si ritiene talora necessario all'incubazione. Le poche alterazioni specie vascolari sono nella sostanza grigia. Ritiene non si possa mettere in rapporto col botulismo e che la malattia ha invece molta affinità con quella di Heine-Medin (poliomielite ant.). L'O. l'ha chiamata epidemica perchè è in fatto largamente diffusa non solo in Italia ma anche in Europa.

Sulla così detta encefalite letargica (encefalomielite acuta).

A. BIGNAMI e A. NAZARI. — Il prof. Bignami anche a nome del prof. Nazari riferisce le loro osservazioni cliniche e anatomo-patologiche sopra 25 casi di encefalite letargica, 7 dei quali con autopsia. I reperti anatomici sono stati uniformi, salvo in un caso nel quale esistevano numerosissime emorragie puntiformi; e le alterazioni esclusivamente microscopiche e veramente caratteristiche, erano localizzate specialmente nella sostanza grigia dei gangli della base, nel grigio centrale e nei nuclei adiacenti, nella cuffia dei peduncoli e del ponte, nel bulbo e nel midollo spinale. Esse consistevano in un infiltrato uniforme delle pareti vasali e perivasali principalmente delle vene di piccolo e medio calibro, costituito da linfociti grandi e da poliblasti di Maxicnow con qualche raro plasmatocito e leucocito eosinofilo. Le alterazioni della neuroglia e del tessuto nervoso erano puramente regressive coi caratteri delle degenerazioni acute. Dal punto di vista clinico hanno osservato una grande variabilità delle sindromi specialmente iniziali della malattia, che hanno raccolto in 7 gruppi. Malgrado questa svariata molteplicità delle sindromi iniziali gli infermi presentavano talora già nella prima fase e sempre nella seconda un insieme di sintomi pei quali non era difficile fare la diagnosi. Lo studio del liquido cefalo-rachidiano è stato fatto dal dott. Pilotti. La malattia in questione ha avuto varie denominazioni. Prevale ormai il concetto di raccogliere i casi osservati sotto il nome di encefalite letargica, denominazione

ibrida, che, se si potesse dimostrare in modo sicuro che l'epidemia descritta dal Dubini in Lombardia intorno alla metà del secolo scorso e che ha coll'attuale una grande somiglianza, fosse identica, dovrebbe essere cambiata in quella di « malattia del Dubini ».

Discussione.

Il prof. GOSIO discute brevemente la contagiosità dell'encefalite letargica. Ricorda che mentre il prof. Bignani ha documentato con un nuovo notevole esempio l'inesistenza di tale contagiosità altri sostengono il contrario: così Cesaris Demel ha riferito alla Società toscana d'igiene su di un'epidemia da encefalite in neonati. Accenna poi all'esordio della malattia, come al periodo in cui essa potrebbe essere molto trasmessibile in analogia ad altri morbi del genere, come la poliomielite anteriore e l'influenza. Quando si riuscirà a conoscere il germe specifico dell'encefalite si delucideranno anche le parti misteriose della sua epidemiologia. Non vorrebbe si escludesse la natura influenzale del morbo. Enumera le ricerche di laboratorio istituite su molti materiali patologici e da cadaveri encefalitici e descrivendo come risultato positivo solo quello di talune reazioni serologiche. Il siero di sangue degli infermi ed i liquidi cefalo-rachidiani agglutinerebbero in grande maggioranza ed a tassi di 1:500-1:1000 singole varietà di bacilli di Pfeiffer. Nell'interpretazione non può escludersi il rapporto coll'influenza nel senso che gli encefalitici siano prima stati degli influenzati. In ogni modo è sovrattutto singolare il fatto che talune varietà tossiche del b. di Pfeiffer siano capaci del fenomeno reattivo.

Il prof. VALAGUSSA crede arrischiata l'affermazione che l'encefalite letargica non abbia nulla a che fare con l'influenza. Ricorda tre tipi d'influenza: cerebrale, toracico e addominale.

L'ha osservata in bambini i cui familiari erano affetti da influenza. Crede arrischiata l'analogia della malattia con quella di Heine-Medin.

Chiede al prof. Ascoli schiarimenti su i tentativi di terapia e se ha avuto buoni risultati dalla urotropina come per la poliomielite. Egli ha tentato la cura proposta dal Melins in America che avrebbe dato buoni risultati anche in stato preagonico e che consiste in iniezioni di adrenalina nello speco vertebrale. Nelle scimmie in America si ebbero risultati ottimi.

Il prof. DE BLASI ricorda di aver compiuto l'anno scorso delle ricerche su di un cervello inviatogli dal prof. Nazzari e che furono negative. Quest'anno in 4 casi ebbe risultati negativi, in uno riscontrò uno streptococco.

In 8 casi la Wassermann da lui eseguita è stata negativa.

Il prof. SPOLVERINI dice che sui bambini ha potuto notare che il polimorfismo di cui hanno ampiamente parlato i proff. Ascoli e Bignani non sarebbe sempre spiccato. In essi predominano sintomi coreiformi. Il 50 per cento sono guariti senza cadere in stato letargico, anzi in soli 3 casi ha osservato vero letargo. Chiede l'esperienza sulla terapia specie in merito alle iniezioni di siero di cavallo e di siero antistreptococcico.

Il prof. CERLETTI riferisce come da ricerche di laboratorio si hanno molte analogie tra il cimurro dei cani e l'influenza. Le affezioni del naso, dei bronchi, le pneumoniti nodulari e molte affezioni intestinali e nervose dei cani si sono messe in rapporto col cimurro stesso. Le ricerche sulle alterazioni anatomo patologiche sono in tutto simili a quelle della encefalite: si tratta di una encefalomielite infiltrativa. I cani col cimurro sono stati divisi in due gruppi: l'uno a forma catarrale, l'altro a sintomi nervosi: cloni, tics, paresi. Nel primo gruppo sono stati riscontrati un certo numero di focolai di mielite ed encefalite lievi; in quello a forma nervosa i focolai erano in maggior numero e di estensione maggiore. Evidentemente si tratta di un processo che in certi casi dà scarsi focolai, in altri focolai abbondanti. I cani affetti da cimurro e con forme a carico del sistema nervoso, con attacchi convulsivi, epilettici, dopo due a sei mesi se vengono a guarigione presentano diminuzione notevole delle facoltà psichiche.

Il prof. DE SANTIS si intrattiene sopra alcuni dei disturbi di cui ha inteso parlare, dolori, paresi, astenie, e sul sonno.

Rileva come i disturbi psichici che si osservano hanno una certa importanza. Mentre nei deliri amenziali hanno carattere diverso, sono fantastici, materiati di immagini create, negli encefalitici prevale il delirio professionale.

Il proseguire a fare e a dire cose che han detto sempre, che han fatto sempre potrebbe sino a un certo punto essere spiegato col modo d'invasione.

Fa notare come nella pratica cominciano i casi di fobia, su 16 encefalitici ne ha avuti 3 con fobia. Dice che bisogna guardarsi dal confondere le forme lievi e guarite con i disturbi psichici e neurologici post-influenzali dato che dopo l'influenza restano spesso dolori nevralgici, leggeri stati stuporosi, leggeri stati di eccitamento.

Il prof. PESTALOZZA ha osservato in clinica ostetrica alcuni casi di encefalite letargica nello svolgersi della gravidanza. Raccomanda la diagnosi differenziale con la corea gravidica.

Il prof. ASCOLI risponde i vari oratori. Non è

propenso a credere che esistano rapporti stretti tra l'agente etiologico dell'influenza e quello dell'encefalite letargica. I fatti catarrali li ha osservati solo nei casi rapidamente letali. Ha osservato malati che tre o quattro mesi prima avevano sofferto d'influenza. Per la contagiosità non è del parere che sia assolutamente inutile una certa profilassi.

Ha osservato due casi di encefalite nella stessa casa e riferisce constargli che anche un altro collega ha fatto una osservazione simile. Ha osservato anche lui il delirio professionale.

Quanto al decorso, in alcuni casi (3-4) è stato brusco, il letargo qualche volta è stato interrotto, non monosintomatico. Criterio importante di diagnosi differenziale con la corea è il non trovare come in questa lesioni del cuore e la durata della corea stessa.

Quanto ai sintomi postumi riferisce che un infermo dell'anno scorso è in stato di semi demenza. Quanto alla cura ha avuto risultati abbastanza buoni dalla urotropina, 3-4 gr. per bocca o iniettati nel sangue.

Risponde quindi ai diversi oratori il prof. BIGNAMI. Dice di aver ricordato i due casi di donne puerpere che allattarono i loro bambini senza che questi venissero contagiati, come semplice dato di fatto.

Riferisce di non aver riscontrato alcuna lesione nei feti di due donne morte per encefalite letargica. Quanto alla sintomatologia non si ha un sol sintomo essenziale: ciascuno di essi può mancare. Le osservazioni fatte dal prof. Spolverini sono d'accordo con quelle da lui compiute nell'ospedale di S. Giovanni. Sui postumi ricorda un caso nel quale l'encefalite ha dato sintomi di lesioni dei nuclei lenticolari. Per quanto si riferisce alla contagiosità non ha osservato contagio tra i famigliari, ma non avendo dati sicuri, è meglio pel momento non pronunziarsi. Non crede rari i casi delle forme ambulatorie. Una sindrome come quella che ora si osserva non ricorda di averla mai veduta e conclude dicendo che tutti gli argomenti parlano a favore dell'unità della malattia con l'influenza. Non disse si dovesse cambiar nome ma sollevò la questione della identità della malattia attuale con quella descritta dal Dubini.

E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica Anconitana.

Adunanza del 9 gennaio 1920.

Esperienze di zaffamento intravasale di grossi tronchi arteriosi.

ALBERTO CAUCCI. — L'O., ricordati i due casi clinici pubblicati nel « Policlinico », Sezione pratica, 1918, l'uno del professor Mattoli di zaffamento del lume del segmento mediastinico della carotide primitiva, per emorragie secondarie ripetute, l'altro personale di zaffamento del tratto intrapetroso della carotide interna, praticato dal segmento cervicale del vaso, per ulcerazione di esso nell'orecchio medio in seguito a lesione volontaria, riferisce i risultati di 15 esperienze eseguite nelle grosse arterie del cane sia con zaffi di garza, che con fili di catgut e con lembi muscolari ed aponeurotici, introdotti con specilli d'argento bifidi e ottusi, nel lume dell'arteria sezionata, così in senso periferico come in senso centrale (periodo d'osservazione da 36 ore a 30 giorni):

1° *mai fenomeni embolici;*

2° la trombosi determinata istantaneamente dal corpo estraneo si prolunga oltre il limite di esso nel lume vasale per un tratto da 3 ad 8 mm.: è un coagulo solido, tenace, che occupa a stampo il lume arterioso e termina a cupula, aderendo fortemente al coagulo impigliato nella trama dello zaffo; le collaterali che nascono dal tratto zaffato sono all'origine obliterate da un coagulo analogo per l'estensione di 2-5 mm.; quelle che nascono oltre il tratto zaffato nei primi 8-11 mm. sono similmente obliterate dal medesimo trombo soprastante lo zaffo o da una sua propaggine parietale, le altre più distanti sono pervie; lo zaffo spinto centralmente nella carotide fino a pescare nel lume dell'aorta viene proiettato dalla corrente contro la parete, provocando un solido coagulo parietale poco elevato che si modella sulle ineguaglianze dello zaffo, senza ostruire il lume aortico;

3° la qualità, l'estensione e l'evoluzoine del coagulo sormontante lo zaffo sono identiche a quello provocato dall'allacciamento del vaso simmetrico allo stesso livello;

4° l'invasione connettivale, per opera di un tessuto di granulazione proveniente dalle pareti vascolari, sostituisce in secondo tempo il coagulo, formando un solido blocco connettivale, facente corpo con la parete arteriosa, il quale si infiltra a stampo, come una calata fluida, nella trama dello zaffo, o assorbe i fili di catgut, ovvero sostituisce il tessuto dell'innesto vivente (aponeurosi, muscolo): il coagulo sovrastante il blocco zaffato viene anch'esso sostituito dal connettivo, che ne riduce così le dimensioni da formare come una verniciatura liscia e regolare dell'esterno libero dello zaffo, ricoprendosi d'uno stratarello endoteliale. L'O. riservandosi di fare altri studi su questo processo, assolutamente originale e nuovo, stabilisce le seguenti *indicazioni*:

1) per determinare l'*obliterazione di grosse arterie* per lesioni parietali che colpiscono segmenti di esse *non facilmente nè direttamente aggredibili,* quando queste lesioni non siano trattabili a distanza in altra guisa;

2) come metodo semplice e diretto di cura dell'*esoftalmo pulsatile*;

3) come metodo di cura di certi *aneurismi artero-venosi* (come la varice aneurismatica), ed anche di certi *aneurismi sacciformi*, quando non sia facile interrompere con altri mezzi la corrente sanguigna nel tratto comunicante con la sacca, anche volendo poscia sopprimere la sacca stessa;

4) come *metodo preventivo d'emostasi* nell'estirpazione di tumori aderenti a grosse arterie, quando l'allacciatura centrale preventiva non sia sufficiente e quella periferica sia ineseguibile (es. tumori cervicali aderenti alla carotide);

5) nei casi di *emorragie secondarie* per ulcerazione dell'arteria nella sede dell'allacciatura.

Ittero di oscura interpretazione in un neonato.

Prof. RICCARDO FUÁ. — Un bambino senza alcuna tara ereditaria, presentò a tre giorni di età ittero. L'ittero si è andato per due mesi sempre più accentuando: il bambino però crebbe regolarmente di peso, non presentò mai feci acoliche nè pigmenti biliari nelle urine. Esame generale negativo.

Dopo questo periodo, arresto nell'accrescimento del peso corporeo, torpore manifesto, fatti di irritazione corticale. Il bambino conta ora quattro mesi di età, pesa 4 kg., ha manifesto l'ittero, non piange mai, poppa bene il seno materno, ha giornalmente 10-20-30 brevi convulsioni cloniche. Crede l'O. di dover qui escludere l'ittero fisiologico dei neonati, l'ittero da atresia delle vie biliari, così pure ritiene non debba l'ittero essere esponente di una forma settica, nè di un'atrofia del fegato. Pensa invece si tratti di ittero abituale grave, forma famigliare, da causa ignota, a prognosi generalemnte infausta.

Estrazione di un proiettile dal corpo della 2ª vertebra cervicale per via transfaringea.

FRANZUTI. — Riassume un caso in cui, con opportuno zaffamento faringeo del tramite di un proiettile, che aveva attraversato la bocca ed il faringe e raggiunto la 2ª vertebra cervicale, si ottenne la spontanea caduta del proiettile, evitando così un grave atto operatorio.

Un nuovo trattamento della pertosse è stato preconizzato da Challamel, consigliando delle corse in automobile a 40-50 Km. l'ora. In tal modo aumenterebbe la pressione endo-polmonare e si otterrebbero gli effetti di un bagno d'aria sotto pressione, oltre a modificazioni nello stato d'irrigazione sanguigna dei polmoni.

(*Journal des Praticiens*, giugno 1918).

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il significato della ipertensione.

V. Topp (in *Hospitalstidende*, 4 giugno 1919, riferito in *The Medical Rewiew*, novembre 1919) constata che v'è ancora notevole differenza di opinione su questo argomento. T. C. Janewoy, p. es., pubblicò nel 1913 una analisi statistica in base alla quale sostenne che scarsa importanza ha, rispetto a una futura longevità del paziente, la constatazione di una pressione alta. Ma egli escluse tutti i casi che terminarono poi fatalmente dentro un anno giudicandoli di poco valore, perchè esaminati nel periodo terminale della malattia.

L'A. ha analizzato tutti i casi con alta pressione ammessi nel Finsen Hospital nel periodo 1913-916: si tratta di 164 casi con pressione permanentemente sopra 180.

È noto l'esito successivo di 157 di essi e nell'84 % si ebbe la morte dentro due anni. La mortalità inoltre fu direttamente proporzionale all'altezza della pressione. Dei rimanenti 16 % alcuni sono ancora vivi a 5 anni dalla constatazione dell'ipertensione: ma la maggior parte sono invalidi che si mantengono in vita solo facendo il minimo lavoro possibile. In 2/3 dei casi era dimostrabile la sclerosi renale. Se si correggono le cifre di Janeway, nel senso di includervi i casi che egli scarta, si ottiene una mortalità del 79,7 % nel periodo di due anni: assai vicina a quella osservata dall'A.

Nel Finsen Hospital la pressione è misurata almeno una volta la settimana dallo stesso osservatore e con lo stesso apparecchio. Si usa un bracciale largo. La misura è presa mentre il paziente è in letto. La maggior parte dei soggetti con ipertensione erano anziani ma, data un'alta pressione sanguigna, vi fu poca differenza sulla prognosi nelle varietà. Gli uomini nelle serie esaminate furono in maggior numero che le donne: ma anche qui poca differenza si ebbe per il sesso riguardo alla durata della vita.

K. Faber (*ibidem, ibidem*) criticando le vedute di Topp richiama l'attenzione sul fatto che tutti i pazienti ricoverati nel reparto di questo A. erano cardiopatici.

La prognosi oscura formulata da Topp dovrebbe perciò limitarsi ai casi in cui cardiopatia e ipertensione sono associate: e anche così essa è probabilmente pessimistica e la interpretazione delle cifre di Janeway un poco errata.

SEB.

Su fenomeni cardio-vascolari provocati dalla compressione degli aneurismi artero-venosi.

La diagnosi di aneurisma artero-venoso, dice W. Frey (*Münchn. Med. Wochensch.*, n. 39, 1919) non offre di solito difficoltà. Essa si fa in base alla pulsazione della vena e al fremito che sopra di essa si percepisce. L'uno e l'altro fenomeno possono però esser dovuti anche ad altri fatti morbosi; essi non sono completamente caratteristici dell'aneurisma artero-venoso. Molto più caratteristici e più interessanti sono alcuni fenomeni che una compressione esercitata sull'aneurisma provoca nell'apparato cardio-vascolare: il rallentamento del polso e l'aumento della pressione sanguigna. Per quale meccanismo avvengono questi fenomeni?

L'aumento della pressione sanguigna potrebbe esser dovuto a cause meccaniche (leggi di idraulica) od a fenomeni riflessi (in seguito agli stimoli esercitati sulle pareti dell'aneurisma). La prima ipotesi viene esclusa e la seconda confermata dall' osservazione, che negli individui ai quali sia stata praticata l'anestesia lombare, la compressione dell'aneurisma non provoca più un aumento della pressione. È dunque ovvio pensare che nell'aneurisma gli apparati sensitivi terminali si trovino in uno stato d'ipereccitabilità di modo che, stimolati dalla compressione, essi conducono al centro vasomotorio degli stimoli sufficienti a provocare, così, per via riflessa, un aumento della pressione sanguigna.

Passando all'altro fenomeno, alla bradicardia, si potrebbe ritenerla una conseguenza dell'aumentata pressione del sangue. Il rallentamento del polso è però troppo notevole per poter essere dovuto a questa sola causa. Il fatto che in seguito alla somministrazione di atrofina, come pure in seguito all'anestesia lombare, la compressione esercitata sull'aneurisma non è più seguita da un rallentamento del polso, indica che tale fenomeno è l'effetto di una stimolazione centrale del vago.

Gli stimoli centripetali partono dalle pareti dell'aneurisma compresso. La compressione esercitata su un aneurisma artero-venoso provoca adunque per via riflessa una stimolazione del centro del vago, producendo bradicardia, e una stimolazione del centro vasomotorio, producendo un aumento della pressione sanguigna. Questi fatti dimostrano quali intimi rapporti esistono tra il sistema cardio-vascolare e gli stimoli periferici.

POLLITZER.

Gli aneurismi giugulo-carotidei.

L' intervento nella cura di questi aneurismi deve essere precoce; abbandonati a loro stessi, provocano disturbi gravi, quali dilatazioni delle vene, disturbi cardiaci, respiratorî, modificazioni nella circolazione cerebrale. Non vi è alcuna tendenza alla guarigione spontanea, anzi sono sempre a temersi l'evoluzione di processi infettivi e l'accrescimento continuo dell'ectasia con rottura ed emorragia fatale.

Le allacciature tardive (M. Leschelier, *Journal de méd. et de chir. prat.*, 25 ott. 1919) si fanno spesso in tessuti infetti ed espongono frequentemente al pericolo di embolismo settico e di trombosi ascendente.

L'intervento precoce invece evita probabilmente la legatura della carotide e può limitarsi alla sutura dell'arteria.

l. b.

Flebite gonorroica.

H. Boas (*Ugeskrift for Laeger*, 21 ag. 1919, riferito in *The med. Rewiew*, nov. 1919) constata che la flebite blenorragica è rara e ancora più rari i casi in cui si rinvennero i gonococchi. Nella maggior parte dei casi pubblicati la diagnosi è basata solo sui fatti clinici, e la natura fu sospettata in base all'essersi sviluppata la malattia in giovani con blenorragia complicata, e con sistema vascolare sano. Dato il carattere benigno dell'infiammazione, raramente si ebbe la opportunità di un esame microscopico della vena affetta.

Wertheim ha del resto escisso una porzione della parete della vescica di una bambina di 9 anni affetta da cistite blenorragica, e ha trovato nelle vene i gonococchi. Altri autori hanno trovato gonococchi nelle vene prostatica e femorale di morti per setticemia blenorragica.

Se si esaminassero accuratamente tutti i casi pubblicati di flebite blenorragica e si escludessero quelli in cui si aveva sifilide o reumatismo, il numero dovrebbe esser ridotto a circa 20, e anche in questi si tratta più di una diagnosi di probabilità che di certezza.

Sono più spesso affetti gli uomini, nell'età dai 20 ai 30 anni. La flebite si presenta 3-6 settimane dopo l'infezione. Di regola esistono altre complicazioni, specialmente artrite. La vena affetta è dolorosa; l'arto edematoso. Temperatura alta; il paziente non si sente bene. Sono prese più frequentemente la safena e altre vene dell'arto inferiore; ma possono esserlo anche le vene del braccio, la dorsale della verga, il plesso pampiniforme. La durata è di 2-8 settimane; la prognosi buona, l'embolia eccezionale.

L'A. riferisce un caso in cui la diagnosi, peraltro, è basata sui criteri di probabilità sopra enunciati, non sull' esame microscopico. Vi fu embolia polmonare che risolse rapidamente.

SAB.

Nuovi studi sulla digitale.

Le sostanze attive della digitale (W. Straub, *Med. Klinik*, 1919, n. 51) sono costituite da gitalina, digitaleina, digitossina; le due prime solubili in acqua fredda, la digitossina solubile in alcool. Differente è il contenuto di sostanze attive nei diversi preparati commerciali; il digalen, il digipan, l'estratto acquoso a freddo contengono quasi uguali quantità di gitalina e digitaleina e non contengono affatto digitossina; nel digipurato, digitalisato e nell'infuso si ha una prevalenza di gitalina parzialmente decomposta e presenza di digitossina; la maggior quantità di questa si trova nella digifolina.

Contrariamente all'opinione comune, l'infuso è meno attivo dell'estratto a freddo. L'azione della digitale, quale si può verificare con l'esperimento (rallentamento e pienezza del polso, aumento della pressione del sangue, cambiamenti nell'elettro-cardiogramma), si può ottenere con tutte tre le sostanze attive (digitossina, digitaleina, gitalina). La digitaleina è la parte meno stabile; essa, in soluzione acquosa, diventa presto inattiva, ciò che spiega la facile alterazione dell'infuso. La prontezza dell'azione è dovuta alla rapidità del riassorbimento, che è massimo con la gitalina.

La nota azione cumulativa della digitale si osserva specialmente con la digitossina che è quindi pericolosa ed infida; essa è invece minore per la gitalina. Questa sarebbe la vera sostanza terapeuticamente raccomandabile della digitale; v'è già in commercio qualche preparato costituito soltanto da gitalina.

fil.

Il salasso nei cardiaci.

Il salasso abbondante (3-400 g.) o moderato (150 g.) rende servizi quotidiani nei cardiaci, salvandone talora la vita o procurando miglioramenti quasi certi.

Esso si impone d'urgenza nell'edema polmonare acuto; nelle distensioni del ventricolo destro, con congestione passiva del fegato, dei polmoni, dei reni, senza però fenomeni minacciosi, il salasso è pure utile ma può essere sostituito dall'applicazione di 6-8 ventose scarificate sul cuore, sul fegato, alla base delle spalle, alla regione lombare.

Nella trombosi cardiaca, che si osserva nella stenosi mitralica, e si manifesta con azione irregolare del cuore, viva dispnea, senza edema degli arti inferiori, negli accidenti gravido-cardiaci con violenta dispnea ed edema degli arti inferiori, un salasso di 3-400 g. arresta i fenomeni inquietanti.

Nell'ipertensione arteriosa con azotemia si otterranno rapidi miglioramenti, con emissioni sanguigne di 150 g. ogni 15 giorni; senza ricorrere al salasso, si possono usare in tal caso sei ventose scarificate sulla regione renale.

In altri disturbi, con respirazione di Cheyne-Stokes, crisi subentranti di angina pectoris, anzichè il salasso, si farà l'applicazione della vescica di ghiaccio sul cuore e si praticheranno iniezioni di piccole quantità di morfina (2-3 mg.).

(Journal d. Praticiens).

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il substrato della colorazione di Gram.

(W. STOELTZNER. *Münch. Mediz. Woch.* 20 giugno 1919).

Le ricerche eseguite dall'A. cercano di stabilire a quale delle sostanze componenti il corpo del bacillo di Koch si debba attribuire la proprietà di resistere al Gram. Di queste sostanze le meglio conosciute sono quelle lipoidi. Il 40 % della sostanza secca del bacillo tubercolare è composto da una cera. Questa cera contiene piccole quantità di lecitina, 7 %-8 % di sostanze solubili in acqua, 14 %-15 % di acidi grassi ad alto valore molecolare e 77 %-78 % di eteri della cera.

L'A. ricerca la colorabilità al Gram di diverse qualità di cera e di acidi grassi. Colorando coll'usuale metodo di Gram tali sostanze, stese in strato sottile su dei coprioggetti, si dimostrano resistenti alla decolorazione l'acido stearinico, palmitinico ed oleico; le cere invece si decolorano. Se però si lascia agire la soluzione di violetto di genziana per 24 ore (lasciando poi per altre 24 ore i preparati nella soluzione di Lugol) anche le cere resistono alla decolorazione.

La Gramresistenza del bacillo tubercolare è dunque dovuta agli eteri della cera, e specialmente agli acidi grassi ad alto valore molecolare, contenuti nella cera bacillare.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1092). *Disinfezioni alla formaldeide senza apparecchio.* — All'abb. C. R.:

Il permanganato di potassio *cristallizzato* non crudo, in presenza di formalina diluita dà luogo ad una violenta reazione, con sviluppo di vapore di formaldeide e vapore acqueo.

In base a tale principio, si prende un recipiente molto grande (un mastello da lavandaia) capace di tanti litri quanti sono i metri cubi d'ambiente da disinfettare: oltre i 100 mc. devono adoprarsi due recipienti.

Si sparge sul fondo il permanganato versandovi sopra acqua e formalina, nella proporzione per mc. di ambiente di 25 gr. del primo, 25 cmc. della seconda e 15 dell'ultima.

Poscia si agita. Cominciato lo sviluppo dei vapori, la stanza è chiusa ermeticamente: dopo sette ore l'operazione può ritenersi ultimata.

Aperto l'ambiente, si procede a deodorarlo del gas fortemente irritante prodottosi, impiegando all'uopo 25 gr. di calce bruciata, 15 di sale ammoniaco e 15 cmc. d'acqua per ogni mc. d'ambiente.

In un vaso adatto si mescolano insieme la calce, in pezzi non troppo grossi, col sale ammoniaco, versandovi sopra l'acqua possibilmente calda.

Un'ora dopo che il vaso è stato così tenuto dentro l'ambiente, questo può essere riaperto ed occupato senza molestia. *a. p.*

(1093). *Soluzione jodio-fenicata.* — Al dott. C. D. M., Viterbo:

Nel preparare la soluzione jodo-fenicata, mescolando parti uguali d'acido fenico e tintura di jodio, l'acido fenico nevoso si scioglie nell'alcool della tintura di jodio, avendosi così un preparato in cui l'alcool tiene disciolta la miscela acido fenico e jodio. Non si forma nessuna combinazione, giacchè il fenolo si può combinare direttamente con altri alogeni, quali il cloro ed il bromo, ma non già con lo jodio.

Lo jodio fenolo (orto-, meta-, para-) si ottiene sotto l'azione dell'acido jodico: anche il trijodo fenolo si prepara per via indiretta.

fil.

(1094). *Sulla razione di Wassermann.* — All'abonato n. 8525:

Fra i molti manuali e trattati in cui è svolta la tecnica della rezione di Wassermann credo consigliabile il « Manuale di tecnica sierodiagnostica » di L. VIGANÒ, edito per cura dell'Istituto sieroterapico milanese.

Però non posso a questo proposito tacere quella che è mia ferma convinzione, già varie volte espressa, che la reazione di Wassermann non è reazione che possa dare alcuna garanzia se non quando è fatta in istituti o laboratori di grandi centri; non già per la maggior abilità degli sperimentatori, ma perchè soltanto nei grandi centri (ai quali non è del resto difficile far affluire da qualunque paesello i sieri in esame), si trova quella abbondanza di materiale che permette di fare *frequentemente* molte reazioni; cosicchè le une servono di controllo alle altre e possono sempre dar modo di sincerarsi della bontà e della conservazione dei reattivi, specie degli antigeni, che si adoperano. L. d. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

HAVELOCK EOLIS. *The philosophy of conflict and other essays in War-time.* Un vol. in-16° di 300 pagine. Constable and Co. ed., Londra. — Prezzo scellini 6/6.

È forse un po' presto parlare di una filosofia del conflitto, oggi, mentre risuonano ancora gli echi delle battaglie e gli animi sono tuttora scossi ed agitati dagli avvenimenti che hanno turbato il mondo in questi ultimi anni. Ci manca la lontananza necessaria per poter abbracciare con la larga visione filosofica e considerare con logica serrata il grandioso fenomeno di cui tutti siamo stati parte. In un senso o nell'altro, il nostro interesse è stato troppo toccato per poterci mantenere realmente al disopra della mischia.

Ciò non toglie che i saggi che l'A. riunisce in questo volume siano di lettura piacevole ed attraenti, per le vive questioni che trattano e per l'equanimità dei giudizi sulla guerra e sulle nuove correnti di idee che essa ha suscitato, non ultimi fra le quali, l'apologia della violenza, di cui G. Sorel è l'esponente.

Altri saggi dell'interessante volume riguardano argomenti diversi, quali il problema sessuale (sono noti gli studi sistematici dell'A. sulla psicologia sessuale), l'eugenica, l'alcoolismo, la psico-analisi, e diverse individualità, quali Baudelaire, Casanova, Spencer ed Elie Faure, geniale figura di medico ed artista. *fil.*

F. REES. *National Health.* 1 opusc. in-16 di pagine 68. Bristol, Johm Wright & Sons Ltd., 1919. — Prezzo s. 1.

È questa una breve raccolta di saggi sull'evoluzione della medicina sociale, dai tempi superstiziosi del mistero e della magìa, nei quali dominava l'individualismo, all'organizzazione attuale, che ha vasti cómpiti e mezzi poderosi e che converge verso l'assicurazione, la forma più completa di assistenza igienico-sanitaria oggi attuabile. L'A. ribadisce ed illustra il concetto che la tutela della salute pubblica reclama delle provvidenze sollecite e una vigile cura da parte dello Stato, degli Enti pubblici e dei singoli.

R. B.

GUTTMANN WALTER. *Medizinische Terminologie.* Un vol. in-8° di 1307 pag. con 309 fig. rilegato. Urban e Schwarzenberg. Vienna. — Prezzo marchi 33.

L'undecima edizione del noto dizionario di terminologia medica del Guttmann dimostra il favore con cui l'opera è stata accolta. Favore del

resto meritato, per l'abbondanza delle notizie e la precisione delle informazioni che essa ci fornisce.

La presente edizione è stata aggiornata (vi è accennata anche la morte di Bossi), e riveduta da specialisti nelle singole materie. Qualche inesattezza vi permane tuttavia, come p. e. quella del segno del soldo (*signe du sou*), che viene indicato come smorzato negli essudati, mentre secondo l'espressione dello stesso Pitres che l'ha descritto, esso è chiaro, acuto, limpido, argentino.

Il dizionario contiene non soltanto i termini strettamente medici, ma anche quelli di scienze affini (fisica, chimica, ecc.). Esso è di incontestabile utilità per ogni medico colto.

fil.

VARIA.

Medici e bolscevismo. — « L'Italia Sanitaria » pubblica un interessante articolo sul trattamento fatto ai medici in Ungheria e in Russia sotto il regime bolscevico.

Pare dunque che l'unica categoria di professionisti per cui i bolscevichi abbiano avuto i massimi riguardi sia quella sanitaria.

Sola fra le occupazioni intellettuali, l'esercizio medico era considerato come una vera occupazione produttiva dai bolscevichi ungheresi e ai medici fu permesso di continuare il loro esercizio professionale.

Mentre ai maestri, professori, giudici non si permise di avere più di tre stanze, compreso lo studio, le rimanenti stanze essendo a disposizione dei lavoratori, ai medici furono lasciate le camere per la famiglia, lo studio e la camera per ricevere gli ammalati.

Nei primi giorni del bolscevismo era corsa voce che l'esercizio medico sarebbe stato nazionalizzato e certamente se il regime fosse durato più a lungo ciò sarebbe avvenuto.

La proposta era che ogni medico doveva ricevere dallo Stato uno stipendio annuo di 30.000 corone.

Egli doveva rimanere a disposizione del pubblico con tutta la sua attività per sei ore al giorno. I medici fino all'età di 32 anni potevano esercitare solo negli ospedali e nei villaggi, quelli di età superiore potevano stabilirsi in città.

Solo i professodi di Università potevano ricevere 50.000 corone all'anno.

L'esercizio doveva essere completamente gratuito, e l'accettare compensi esponeva a processi.

Quasi tutte le classi intellettuali erano guardate con disprezzo perchè *borghesi*, e quanto alla razione di pane, esse erano incluse nella terza categoria, cioè 250 grammi al giorno, mentre i medici erano nella seconda classe, equiparati cioè ai metallurgici, e come lavoratori del cervello, ne ricevevano 350 grammi. Nella prima classe erano i soldati della guardia rossa a 500 grammi.

I medici erano obbligati a riunirsi in associazioni professionali perchè solo ai membri di tali associazioni era permesso l'acquisto di alimenti, vestiti, scarpe. I bagni pubblici, le biblioteche, e i teatri erano aperti agli inscritti di queste associazioni e chi ne rimaneva fuori mancava di molte cose necessarie alla vita.

Dopo la caduta del bolscevismo le autorità di Budapest tolsero dalla loro posizione negli ospedali tutti i medici favoriti dal regime bolscevico.

La condizione attuale dei medici ungheresi non è rosea. Benchè gli onorari siano aumentati, pure essi soffrono molto.

Mentre in tempo di pace un medico a Budapest riceveva 10 corone andando a casa del malato, oggi esso vuole 100 corone, ma anche così non copre la spesa, perchè, per esem., il latte va a 10 corone il litro, il pane a 20 corone il chilo, le uova da 5 a 6 corone l'una, le scarpe costano 800 corone al paio !

Le difficoltà economiche delle classi lavoratrici, poi, impediscono loro di pagare il medico, e questo fatto, insieme con la deficienza di alimento e combustibili, ha prodotto la emigrazione dei medici da Budapest. Venti o trenta medici al giorno lasciano così la città, ed esulano nelle piccole residenze o nei villaggi, ove sono più sicuri di vivere un po' meglio.

***

In Russia sotto il regime bolscevico, i medici sono considerati come *borghesi* ed accusati di curare soltanto i ricchi. Negli ospedali, nelle fabbriche, il medico è controllato dagli operai e dagli infermieri, e qualche volta ciò dà luogo a seri imbarazzi. Ma nelle vertenze... fra medici e malati, giudicano speciali commissioni miste d'appello, composte di operai e di medici.

L'esercizio libero della professione è consentito, ma gli onorari sono rimasti quali erano prima della guerra, mentre il costo della vita è duplicato, tanto che molti medici hanno preferito arruolarsi nell'esercito rosso.

Nel 1918, allorchè scoppiò il colera, il governo bolscevico accarezzò i medici e li trattò coi guanti gialli. Da quell'epoca le azioni dei medici sono un po' salite.... tanto che ad essi sono assegnate due stanze, anzichè una, come agli altri professionisti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le Camere del Lavoro e le tariffe dei medici.

La pubblicazione della tariffa degli onorari ai medici decisa dal Consiglio dell'Ordine di Roma, ha suscitato vivaci proteste da parte delle organizzazioni proletarie, di cui si son fatti eco in questa occasione alcuni giornali borghesi della Capitale.

La Camera del Lavoro di Roma ha dedicato alla discussione di questo argomento una speciale adunanza. Tutti naturalmente si son trovati d'accordo nell'osservare che l'elevatezza della tariffa, inaccessibile alle classi degli operai, degli impiegati e della media borghesia, rende l'opera del medico riservata soltanto ai ricchi. Si è detto che ciò ha l'aspetto di una vera provocazione contro le classi meno abbienti che lottano per un avvenire economico migliore. Si è detto che non vi è proporzione fra il rincaro della vita e l'aumentato costo dell'opera del medico, la quale ha perduto così quell'aspetto superiore di apostolato e di conforto, per cui era benedetta tanto nella casa del povero come nella casa del ricco. E non si è mancato di aggiungere che la classe dei medici, presa nel suo insieme, è quella che minor danno economico ha sofferto nel periodo della guerra ed in quello del dopoguerra, e che nell'attuale momento anche con tariffe molto inferiori a quelle imposte, potrebbe assicurare un guadagno proporzionato ai bisogni della vita. Dopo aver rilevato tali e simili altre cose la Commissione direttiva della Camera del Lavoro ha approvato il seguente ordine del giorno:

« La C. D. della Camera del Lavoro di via della Croce Bianca, presa visione della tariffa minima pubblicata dall'Ordine dei medici, tariffa che è assolutamente inconciliabile con le condizioni economiche della classe operaia e non trova giustificazione neppure nell'aumentato costo della vita:

mentre rileva che tale tariffa è, per la sua elevatezza, praticamente inapplicabile;

richiama l'attenzione delle autorità statali sulla grave decisione dei medici e delibera di iniziare un'agitazione tendente a riportare entro i giusti limiti le richieste dei sanitari ».

Su le osservazioni fatte nella discussione che hanno condotto all'approvazione di tale ordine del giorno non è il caso di far commento. Si tratta dei soliti luoghi comuni, che vengon fuori ogni qual volta i medici tendono di riportare le loro condizioni a livello dello stato generale economico. Del resto all'invettiva più o meno garbata, come alla risibile minaccia di servirsi dei pratici non laureati, ha dato da par suo adeguata risposta il Presidente del Consiglio dell'Ordine dott. Ballerini.

Noi qui vogliamo rilevare come la Camera del Lavoro abbia assunto in confronto dei medici atteggiamenti e metodi che sono una sconfessione del programma e dell'azione finora svolta dall'organizzazione proletaria.

La Camera del Lavoro ha appoggiate se non eccitate, tutte le agitazioni delle classi operaie anche se esse si imperniavano su domande eccessive. Non ha mai discusso se le richieste o rivendicazioni di classe, come si usa in gergo proletario, fossero giuste ed eque. Non si è mai domandata se gli aumenti dei salari domandati dai lavoratori fossero effettivamente proporzionati ai bisogni. Nè si è mai posto il quesito se l'attuale disagio generale, oltre che in rapporto alla scarsezza dei generi, non fosse in rapporto con l'alto costo della mano d'opera, e con la tendenza cronica allo scioperomania.

Questa gente che parla al medico di umanità è la stessa che incita lo spazzino a lasciare per giorni e settimane le strade sporche ad incremento della morbosità e della mortalità; è la stessa gente che applaude al postelegrafonico che fa l'ostruzionismo o lo sciopero rendendo quindi impossibile il recapito di notizie pietose e paralizza il commercio; è la stessa gente che conforta del suo plauso il ferroviere che diserta il lavoro lasciando marcire tonnellate di merci necessarie all'alimentazione del popolo; è la stessa gente che fa scioperare i tramvieri quando sentono il bisogno di far festa tutti insieme rendendo impossibile agli stessi medici di accorrere al capezzale degli infermi ricchi e poveri che siano.

Questa gente che parla di umanità al medico è quella stessa che facendo aumentare le pretese dei lavoratori, incitando allo sciopero paralizza le industrie, contrae la produzione, rende la vita intollerabile nelle difficoltà del presente, nella incertezza dell'avvenire.

Ma un'altra contraddizione di metodo va rivelata. Le Camere del Lavoro hanno sempre fatto una lotta antistatale. Lo Stato è stato sempre da esse considerato il Comitato esecutivo della classe borghese; l'hanno sempre sabotato, l'hanno sempre minato. Hanno sempre preteso che esso non si frammettesse nelle competizioni fra lavoratori e capitalisti, anche quando il capitalista fosse lo stesso popolo, come è il caso del servizio dello spazzamento, delle poste e delle ferrovie. La Camera del Lavoro di Roma oggi invece *richiama l'attenzione dell'autorità statale sulla grave decisione dei medici*. Che fosse un principio di ravvedimento? Ce lo auguriamo, anche se dovessimo farne le spese noi.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Le norme di servizio per gli Ufficiali sanitari, di cui all'art. 82 del regolamento 19 luglio 1906.

L'Associazione provinciale catanese degli ufficiali sanitari ha diretto ai soci della Provincia la seguente lettera circolare:

Comunichiamo, con vera soddisfazione, che il Ministero dell'Interno con sua nota del 4 volgente, ha invitato il signor Prefetto di questa Provincia ad emanare, sollecitamente, le Norme di servizio per gli U. S., di cui all'art. 82 del Regolamento 19 luglio 1906.

E' questa, sicuramente, una vittoria della nostra Associazione, che ha, per lunghi anni, chiesto il provvedimento di importanza massima e, finalmente, è riuscita ad ottenerlo.

Importanza massima certamente: vale la pena di ripeterlo.

L'Istituto dell'Ufficiale Sanitario, meno che nei grandi centri ed in rarissimi di media importanza, nella grande maggioranza dei Comuni italani è stato, fino ad oggi, ed è l'araba fenice. Diremo anzi di più: è stato l'Istituto che le Comunali Amministrazioni misoneiste e politicanti hanno sorpreso facendolo rivivere per poco in tempi e condizioni anormali, onde scaricare le proprie responsabilità sulle spalle del povero Cireneo, dell'Ufficiale Sanitario, che ha fatto sempre la parte dell'agnello nella favola esopiana.

La legge Sanitaria ha avuto ottime disposizioni in riguardo alle attribuzioni dell'U. S., le quali relatori insigni in Parlamento ed al Senato non hanno peritato di paragonare a quelle importantissime del medico Provinciale, circoscritte, s'intende, all'àmbito del Comune.

Se tutto ciò è teoricamente vero, però l'esperienza insegna: che le ottime disposizioni, forse magari per la loro indeterminatezza e vastità di concetti, sono state non applicate, anzi, in gran parte, disprezzate, contrastate, combattute accanitamente dagli Amministratori a causa di ignoranza e di politica ossessione.

Il Regolamento di servizio, emanato dal Prefetto di ciascuna Provincia, sentito il C. S. P., esecutoriato dal Ministro, dopo inteso il Supremo Consesso, spiegherà praticamente, illustrerà, coordinerà, adatterà ai bisogni locali le disposizioni di leggi numerose, varie, e le imporrà tanto agli amministratori, quanto al loro consigliere tecnico di Sanità, che è, nella stessa guisa del Sindaco, un Ufficiale del Governo.

Il Regolamento di servizio riescirà, insomma, ad elevare al vero posto ed a valorizzare le funzioni dell'Ufficiale Sanitario.

Quale applicazione, vivaddio, hanno potuto dare, fin'ora, le G. P. A., alla disposizione dell'articolo 26 del T. U. delle Leggi Sanitarie 1 agosto 1907, se dalla G. P. A. medesima sono state ignorate, perchè non disimpegnate costantemente e proficuamente le funzioni di U. S. e, perciò, nullo o scarso il rendimento di lavoro, che questo funzionario combattuto e tollerato ha potuto dare alla tutela della Pubblica Sanità?

Sia, adunque, benvenuto il Regolamento di servizio, tanto più che le speranze di una riforma organica sono lontane così, come la terra promessa di biblico ricordo.

E' nostro desiderio ed augurio, che tutte le Associazioni Provinciali, costituite già in quest'Isola nostra, che colleghi della Penisola, consociati o non, premano sulle Prefetture per la sollecita compilazione di tali norme, oggi che il Ministero si è, finalmente, deciso a pretenderle e, si comprende, ad esecutoriarle.

E giacchè bisogna percorrere tutta la via aperta, noi pigliamo impegno di riassumere, in una prossima pubblicazione, i desiderata espressi dalla nostra Associazione per il Regolamento in parola.

L'Ufficio di Presidenza
PREVITERA — LA ROSA — CANALE.

Federazione sanitaria provinciale di Grosseto.

Il 27 gennaio decorso si è costituita per la Provincia di Grosseto la Federazione sanitaria. Essa è composta da un Consiglio di cui fanno parte i tre presidenti degli ordini dei medici, dei veterinari e dei farmacisti, i presidenti delle sezioni locali dell'Associazione dei medici condotti, dei medici ospedalieri, degli ufficiali sanitari, dei veterinari e dei farmacisti.

La presidenza è stata affidata al prof. Cignozzi, presidente dell'Associazione M. C., la vicepresidenza al dott. Carlo Saracinelli, presidente dell'Ordine dei farmacisti, mentre a segretario è stato nominato il dott. Paci, dell'Associazione veterinaria.

Scopo precipuo della Federazione è di cooperare assieme agli Ordini ed alle Associazioni sanitarie, ai miglioramenti di classe sia morali che economici.

Secondo le norme del suo Statuto la Federazione ha funzione tecnico-consultiva, elabora regolamenti, discute le varie proposte dei diversi servizi sanitari, e promuove tutti quei provvedimenti nell'interesse della classe e della regione, che verranno a coinvolgere la carriera e l'avvenire delle varie categorie sanitarie specie nei rapporti delle imminenti leggi sociali sull'obbligatorietà delle assicurazioni contro le malattie.

Il giorno 11 febbraio decorso Essa ha presentato al Capo della provincia un memoriale, in

cui sono esposti per sommi capi i più urgenti bisogni della classe sanitaria pei servizi pubblici della regione:

1° Sistemazione del capitolato tipo proposto della locale sezione per le condotte residenziali;

2° Provvedimenti a vantaggio degli ospedali;

3° Assestamento dei servizi d'igiene nei varî Comuni;

4° Servizio veterinario nei Comuni;

5° Provvedimenti pel servizio farmaceutico nei vari centri della Provincia;

6° Organizzazione dei servizi ostetrici.

Il Consiglio di Federazione è dietro a studiare quelle proposte d'indole pratica che possono essere avanzate nelle imminenti discussioni pubbliche di fronte alle nuove leggi sociali d'assistenza sanitaria.

Per ora sta per essere definita mediante reciproco concordato la questione dei capitolati per le condotta residenziale, che a giorni avrà la sanzione ufficiale anche della Giunta provinciale Amministrativa.

La presidenza della Federazione sta svolgendo altre trattative per estendere la forza ed il blocco dell'unione di classe con Sindacati e Confederazioni allo scopo di agire tutti nello stesso senso anche presso il Fascio medico parlamentare, in modo che la classe nostra possa cooperare al nuovo programma sociale della trasformazione dell'assistenza sanitaria: patrocinando così gl'interessi e l'avvenire dei singoli gruppi federati.

Ancora sul caso Masnata.

A proposito di quanto si legge a pag. 94, al titolo «All'Ospedale di Stradella» (*Policlinico*, 19 gennaio 1920), il dott. Pierino Vecchi di Stradella ci prega di rilevare che egli, cognato del Presidente dell'ospedale, fu comandato dal Sindaco a termini del vigente capitolato, di assistere gl'infermi dell'ospedale, rimasti senza medico; in tal guisa egli rispose già all'Associaz. Medici ospitalieri ed all'Associazione Medici condotti, e nessuno ebbe nulla a ridire, trovando pienamente giustificato l'operato suo; dal 1° febbraio c. a., essendo stato provveduto altrimenti, il dott. Vecchi fu esonerato dal detto servizio.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Le provvidenze contro il tracoma.

Il numero 2292 della raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno contiene un decreto in data 23 ottobre 1919, pubblicato nella «Gazzetta Ufficiale» del 7 gennaio 1920, n. 4, il quale stabilisce:

Art. 1. — La Cassa dei depositi e dei prestiti è autorizzata a concedere sino al 30 giugno 1929 mutui senza interesse al fine di provvedere alla costruzione, sistemazione e arredamento di ambulatori antitracomatosi e di speciali luoghi di cura destinati al ricovero degli infermi di tracoma.

Tali mutui possono concedersi colle garanzie di cui agli articoli 75 e seguenti del testo unico di leggi approvato con Regio decreto 2 gennaio 1913, n. 453, libro II, parte I, ai comuni ed alle provincie, anche riuniti in consorzio, e sono estinguibili in un periodo non eccedente i 35 anni, e, in caso di assoluta necessità giustificata dalle condizioni finanziarie dell'ente mutuario, in 50 anni.

I mutui stessi possono anche concedersi ad istituti di beneficenza o ad altri enti morali, ed in tal caso, quando la concessione del mutuo non sia garantita dall'amministrazione comunale o provinciale, sarà accettata in garanzia rendita su titoli dello Stato, vincolati per tutta la durata del mutuo, non superiore ad un trentennio.

Art. 2. — Ogni singolo mutuo non può eccedere la somma di lire cinquantamila se si tratta di un ambulatorio e di lire duecentocinquantamila se si tratta di un reparto ospedaliero.

Gli interessi sono a carico dello Stato, che li corrisponde direttamente alla Cassa dei depositi e dei prestiti in tante quote annue uguali, quanti sono gli anni di ammortamento. Pel pagamento degli interessi è stanziato in apposito capitolo del bilancio del Ministero dell'interno un fondo di lire venticinquemila per ciascun esercizio finanziario. Le somme che non siano impegnate in un esercizio vanno in aumento delle disponibilità degli anni successivi.

Il concorso dello Stato può essere concesso anche quando i mutui siano contratti con Istituti diversi dalla Cassa dei depositi e dei prestiti, ma la concessione non può importare al bilancio dello Stato un onere superiore a quello che deriverebbe se il mutuo fosse contratto con la Cassa dei depositi e dei prestiti.

Ai mutui ed ai lavori indicati nell'articolo precedente sono estese, in quanto siano applicabili e non sia diversamente disposto nel presente decreto, le disposizioni legislative vigenti per le opere igieniche, da eseguirsi con mutui di favore e col concorso dello Stato.

Art. 3. — In speciali capitoli del bilancio del Ministero dell'Interno sono stanziate in ciascun esercizio finanziario:

a) la somma di lire 400.000 da erogarsi in sussidi per costruzione, sistemazione e arredamento di istituti, di cui all'art. 1, da concedersi di preferenza a quegli enti che non possono contrarre mutui per difetto della garanzia di cui all'art. 1;

b) la somma di lire 350,000 da erogarsi in sussidi per il funzionamento di istituti per la cura ambulatoria ed ospitaliera del tracoma, per la propaganda e per i corsi teorico-pratici presso le cliniche oculistiche per la diagnosi, cura e profilassi della malattia.

Le somme che risulteranno disponibili alla fine dell'esercizio, sono portate in aumento delle disponibilità degli esercizi successivi.

Art. 4. — Nella concessione dei benefici, di cui agli articoli precedenti, deve darsi la precedenza agli enti che si propongono l'assistenza degli infermi congedati dall'esercito, che abbiano contratto l'infezione tracomatosa in servizio militare di guerra.

Art. 5. — Agli effetti dell'art. 123 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con Regio decreto 1° agosto 1907, n. 636, è obbligatoria per i medici la denuncia di qualunque caso di tracoma riscontrato nelle scuole, istituti di educazione e di cura, opifici industriali e, in genere, nelle collettività.

Ai contravventori sono applicabili le penalità comminate dal predetto art. 123.

Art. 6. — Il ministro del tesoro è autorizzato ad introdurre nel bilancio dell'esercizio finanziario corrente le variazioni conseguenti ai precedenti articoli.

Art. 7. — Il presente decreto sarà presentato al Parlamento per essere convertito in legge.

Il Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica - Divisione 6ª, Sezione 2ª) ha diramato ai Prefetti del Regno una circolare, in data 9 gennaio 1920, n. 20300, esplicativa del decreto di cui sopra.

Provvedimenti per combattere la tubercolosi.

Una circolare del Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica - Divis. 6ª, Sezione 2ª) ai Prefetti del Regno, in data 25 gennaio 1920, recante il n. 20300-20-A. G./11360, illustra la legge 24 luglio 1919, n. 1382, pubblicata nella « Gazzetta Ufficiale » del 19 agosto 1919, n. 196, la quale converte in legge, con modificazioni ed aggiunte, il D. L. 26 luglio 1917, n. 1231, che provvedeva ad imprimere un nuovo e deciso indirizzo all'azione dello Stato nella lotta contro la tubercolosi.

La circolare comprende i seguenti paragrafi: 1° Mutui di favore; 2° Sussidi (con particolare riguardo alla istituzione dei Dispensari antitubercolari); 3° Consorzi; 4° Esenzioni fiscali; 5° Agevolezze per opere igieniche; 6° Istruttoria delle istanze; infine illustra l'azione dei Comitati provinciali antitubercolari.

MEDICINA SOCIALE.

La Conferenza Internazionale del Lavoro.

Il primo fascicolo di quest'anno della « *Rassegna della previdenza sociale* » pubblicata dalla Cassa Nazionale Infortuni, reca un articolo dell'on. Angelo Cabrini sulle discussioni e sui voti della recente Conferenza Internazionale del Lavoro tenutasi a Washington e sulle decisioni prese nella recentissima sessione del Consiglio direttivo dell'Ufficio Internazionale del Lavoro.

È questa la prima pubblicazione che esca in Italia con il testo delle sei convenzioni e delle sei raccomandazioni adottate in questa prima sessione della Organizzazione Internazionale del Lavoro istituita in base ai trattati di Versailles e di St. Germain e che costituisce il « pezzo » della Società delle Nazioni, già entrato in azione rompendo gli indugi che tengono tuttora in sospeso la Società stessa.

Le convenzioni riguardano la giornata di otto ore, la disoccupazione, l'impiego delle donne prima e dopo il parto, l'esclusione delle donne dal lavoro notturno, l'età minima di ammissione dei fanciulli nei lavori industriali, l'esclusione degli adolescenti da lavori industriali. Le raccomandazioni si riferiscono alla disoccupazione, alla reciprocità di trattamento degli operai stranieri, alla prevenzione del carbonchio, alla protezione delle donne e di fanciulli contro il saturnismo, alla istituzione di un servizio pubblico d'igiene in ogni Nazione, alla abolizione del fosforo bianco nella industria dei fiammiferi.

Il quadro delle quarantuna delegazioni presenti alla Conferenza (delegati governativi, industriali e operai con i rispettivi consiglieri tecnici e consigliere tecniche) completa la parte documentale dello studio; al quale conferisce carattere di assoluta attualità il riassunto delle decisioni adottate nei giorni 27, 28 e 29 gennaio u. s. a Parigi dal Consiglio Direttivo della Organizzazione Internazionale del lavoro.

L'on. Cabrini però non si limita a riprodurre gli atti della Conferenza e a coordinarli; ma confronta le proposte di Washington con le leggi sociali vigenti in Italia, notando quali di esse, venendo ratificate dal nostro Parlamento, avrebbero per effetto di obbligare le nostre leggi a migliorarsi e quali altre invece appariscono superate dalla legislazione italiana.

L'interessante studio rende altresì lo spirito della Conferenza di Washington poichè mette in evidenza gli atteggiamenti assunti dalle Nazioni e dalle classi nei riguardi delle più importanti questioni, con particolare rilievo dell'azione svolta dalla Delegazione italiana.

L'autore conchiude con un commento nel quale, fatta un'aspra critica agli ordinamenti della Conferenza Internazionale del Lavoro e riprodotte le proposte emendative già propugnate dai Delegati italiani, dichiara esser doveroso riconoscere « che le proposte di Washington, se appariscono superate dalle legislazioni sociali di molte nazioni, ne farebbero notevolmente progredire altre qualora venissero ratificate dai Parlamenti e lealmente applicate, specie nei paesi extra europei ». E aggiunge che se tali proposte si trasformassero in Convenzioni « queste realizzerebbero un sensibile progresso sulle convenzioni di Berna; e ciò non solo dal lato della estensione della competenza per materia, ma per il fatto che, mentre le convenzioni intitolate dalla capitale federale Svizzera interessavano i paesi d'Europo, questa volta vedremmo nell'accordo internazionale le Americhe, l'Asia e l'Africa nelle loro zone industrializzate ».

Lo scrittore termina sostenendo che, dalla adesione alla Organizzazione Internazionale del Lavoro delle Nazioni che non erano presenti a Washington (Germania, Austria, Russia), gli interessi italiani nelle discussioni delle Conferenze future troverebbero più facilmente alleati cordiali, specie nei riguardi della tutela degli emigranti. A. S.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8157) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. Z. da P. Nel caso da Lei esposto l'indennità caro-viveri, cui ha diritto, è una sola ripartibile tra i due enti in proporzione degli stipendi pagati da ognuno di essi.

(8158) *Aumento di stipendio. Aspettativa.* — Dott. V. P. da P. di S. In mancanza del Comune, all'aumento di stipendio ai medici condotti provvede la G. P. A. come ha recentemente con circolare chiarito il Ministero competente. Epperò non monta se la seconda deliberazione consiliare non fu identica alla prima e revocò la concessione dell'aumento fatto con quella anche ai medici condotti. Può ritenersi, anzi, che la revoca fu determinata appunto dalla necessità di far concretare dalla autorità tutoria l'entità dello aumento da concedere, che può essere anche superiore a quello degli altri impiegati. All'impiegato messo in aspettativa non può imporsi l'onere della supplenza, ricevendo egli, a norma del capitolato in vigore, solamente parte del suo stipendio.

(8159) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. M. da B. La facoltà di ricorrere al Consiglio Superiore di Sanità contro le deliberazioni della G. P. A. relative ad aumento di stipendio è concessa solamente ai Comuni e non ai medici condotti. Ella, può, quindi impugnare detta ordinanza come provvedimento definitivo in linea contenziosa innanzi alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato limitatamente però, ad eccesso di potere, violazione di legge od incompetenza, e, cioè, a vizi di legittimità. Gli aumenti che accorda la G. P. A. decorrono dalla data della relativa ordinanza.

(8160) *Medico condotto. Eleggibiltà a consigliere provinciale.* — Dott. A. B. C. Il medico condotto è ineleggibile alla carica di consigliere provinciale. Il più recente parere della Cassazione di Roma che ci risulta riferirsi a tale argomento è del luglio 1915.

(8163) *Rioccupazione di posto. Premio di L. 1500 per gli ufficiali medici. Concorsi.* — Dott. A. M. da P. Il medico interino che fu chiamato sotto le armi, ritornando in patria, non ha diritto di occupare il posto di condotta che aveva prima di partire, giacchè la sua nomina era precaria ed è cessata col fatto del suo materiale allontanamento dalla residenza. Non crediamo che il premio di lire 1500 che dice recentemente stabilito per gli ufficiali sia cumulabile con la indennità di guerra. Sarebbe, ad ogni modo opportuno chiedere maggiori ragguagli al distretto militare da cui dipende. Non è dalla legge stabilito alcun termine per lo espletamento dei concorsi per la nomina dei sanitari. Certamente è pregiudizievole che i concorsi stessi si protraggano per molto tempo, rimanendo sospese le giuste aspettative di tanti professionisti.

(8164) *Ufficiale sanitario. Visita alle scuole. Compenso.* — Dott. L. F. da A. L'ufficiale sanitario in ossequio al disposto dello articolo 65 del Regolamento sanitario 23 febbraio 1901 deve visitare tutte le scuole pubbliche e private almeno una volta al mese sia che dette scuole si trovino al centro del Comune sia che si trovino al suburbio.

Il Consiglio di Stato, cui fu sottoposto il quesito se al detto funzionario per l'adempimento di tale dovere spettasse speciale indennità, rispose negativamente osservando che la concessione d'indennità per visite obbligatorie per legge si risolverebbe in un aumento della indennità concessa all'ufficiale sanitario per le sue funzioni, aumento che costituisce una spesa facoltativa che la G. P. A. può o meno approvare, valendosi della facoltà datale dallo articolo 23 delle legge sanitaria.

(8165) *Consorzio sanitario. Scioglimento.* — Dott. V. R. da B. Effettivamente il consorzio non poteva essere sciolto che dal Prefetto della Provincia. La Giunta amministrativa poteva, tutto al più dare il proprio parere d'accordo con il Consiglio provinciale sanitario e la rappresen-

tanza consorziale. Contro il decreto di scioglimento i Comuni possono ricorrere al ministro dell'Interno nel termine di giorni 30 dalla notificazione. Il sanitario non ha veste per ricorrere contro il disposto scioglimento ma però può ben ricorrere alla G. P. A. ai termini dell'articolo 26 della legge per ottenere aumento di stipendio proporzionato all'accresciuto lavoro ed anche per ottenere l'indennità caro-viveri a prescindere dallo stipendio. È poi necessario che Ella si esponga a nuovo concorso per la nomina a medico condotto definitivo in quanto che pel momento deve considerarsi come interino, essendo cessato l'ente consorzio presso il quale Ella ha fin ora prestato servizio.

(8166) *Pensioni.* — Dott. A. V. da P. L'epoca utile per la pensione decorre dal 5 aprile 1900 in cui fu nominato titolare. Il servizio interinale precedentemente prestato può valere unicamente per conseguire più presto il diritto alla pensione, ma non può influire sulla effettiva liquidazione di essa. Per tale ragione non potrà liquidare prima di altri quattro anni e sei mesi. Epperò, tenuto conto che in quell'epoca conterà l'età di anni 55, liquiderà la somma annua di lire 922.

(8167) *Ordinanze della Giunta Provinciale Amministrativa in materia di aumento di stipendio. Impugnativa.* — Dott. G. G. da P. Contro le ordinanze della Giunta Provinciale Amministrativa con cui si provvede all'aumento di ufficio degli stipendi dei medici condotti non è dato ricorrere al Consiglio superiore di sanità che solamente ai Comuni. I medici condotti non possono ricorrere a nessuna autorità, come chiaramente deducesi dal capoverso dell'articolo 26 della legge sanitaria.

L'elenco dei poveri costituisce un provvedimento definitivo contro cui non si può ricorrere in linea gerarchica ma solamente al Consiglio comunale. È però suscettibile di ricorso per legittimità, cioè, per incompetenza, eccesso di potere o violazione di legge proponibile dinanzi alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato entro 60 giorni dalla notifica. Il ricorso al Consiglio di Stato deve essere firmato da un avvocato esercente in Roma.

(8168) *Condizioni pei concorsi a medico condotto.* — Dott. G. D. P. da V. I Comuni possono imporre nei bandi di concorso quelle condizioni che credono meglio adatte ad assicurare un buon servizio per i poveri. Epperò siccome l'esercizio professionale fatto durante la guerra presso il R. esercito non comprende tutte le branche della scienza medica, nè le malattie d'ambo i sessi, ben può una amministrazione comunale per meglio garentire il servizio, chiedere che il candidato debba provare di aver prestato servizio civile per la durata almeno di tre anni.

Devesi, però, tener presente che con D. R. del 13 settembre 1919, n. 1825, fu stabilito che nella graduatoria dei concorsi per gli impieghi degli Enti locali, a parità di merito, avranno titolo di preferenza nel seguente ordine:

1° Gli invalidi di guerra;

2° Gli orfani di guerra ed i figli degli inabili al lavoro in dipendenza della guerra;

3° I decorati con medaglia d'argento al valor militare o di marina nella recente guerra;

4° Coloro che per maggior tempo abbiano prestato lodevole servizio militare come combattente in zona di guerra;

5° Coloro che abbiano prestato per maggior tempo lodevole servizio presso pubbliche amministrazioni.

(8169) *Medico militare in servizio civile.* — Dott. abbonato 9610. Durante il tempo in cui il medico militare presta in un Comune servizio civile riceve il suo consueto stipendio corrispondente al grado che riveste, ma non ha nulla di più nè dalla Amministrazione militare nè dal Comune, tranne che non sia obbligato ad esercitare nel contempo le funzioni di ufficiale sanitario, di tenere un ambulatorio od una cavalcatura o compiere il servizio in Comuni o frazioni viciniori.

(8170) *Congedo per ragioni di salute.* — Dott. A. P. da R. Nel caso da Lei esposto noi crediamo che il Comune *non possa, ma debba* concedere il congedo per ragioni di salute, in ossequio al tassativo disposto dello articolo 29 del Regolamento generale sanitario, il quale dichiara che in caso di malattia accertata non dipendente da ragione di servizio (di medico condotto) la durata del congedo potrà estendersi a tre mesi. Durante il congedo non potrà essere il sanitario privato del suo stipedio o di parte di esso. In caso di ritardo o di oscitanza del Comune a provvedere sulla domanda di congedo che Ella avanzerà, o qualora il congedo stesso fosse rifiutato, si potrà ricorrere alla G. P. A. ai sensi del capoverso ultimo dell'articolo sopracitato.

(8171) *Congedo per ragione di salute.* — Dott. G. M. da V. Allorchè la Commissione militare, al cui esame il Comune la sottopose o volle che si sottoponesse, ritenne doveroso concederle altri sei mesi di convalescenza e di cura, il Comune non poteva esimersi dal corrisponderle durante tale periodo di tempo l'intero stipendio come è tassativamente prescritto dall'articolo 29 del Regolamento generale sanitario. Per gli altri tre mesi, per cui fu il congedo protratto, non crediamo possibile ottenere il medesimo trattamento, tranne che essi non furono accordati con

dichiarazione suppletiva della medesima Commissione militare. Il certificato del medico privato non può avere in materia valore di sorta.

(8172) *Capitolato per le condotte medico-chirurgiche.* — Dott. E. T. da T. di R. Il Regolamento generale sanitario nell'articolo 26 e 32 fa chiaramente desumere che il capitolato per le condotte medico-chirurgiche deve essere pienamente in regola prima che il concorso si bandisca, altrimenti non sarebbe possibile trascriverne le principali disposizioni nel relativo avviso. Però non è comminata la nullità pel caso che non si verifichi siffatta condizione ed è canone fondamentale di ermeneutica legale che non si può proporre domanda di nullità se questa non sia espressamente indicata dalla legge, per la inosservanza di qualcuna delle formalità da essa prescritte. In ogni caso la nullità potrebbe essere elevata e proposta sol da chi avrebbe interesse legittimo da tutelare e quindi, non da uno che sia stato membro della Commissione giudicatrice nè dalla Associazione accennata.

(8174) *Ufficiale medico in servizio civile.* — Dott. G. M. da M. Il Comune non avea alcun obbligo di somministrarle l'alloggio durante il tempo che ha prestato in esso servizio civile.

(8175) *Aumento di stipedio.* — Dott. A. A. da F. L'aumento di stipendio apportato recentemente dalla G. P. A. si riferisce a quello di base inserito in organico e non a quello che ad *personam* si corrisponde al medico ora in carica, il quale potrà certamente pretendere la differenza.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 9900:

1° Per conseguire la promozione a tenente medico occorre un anno di servizio di cui quattro mesi in zona di guerra o 18 mesi in territorio;

2° Se Ella fu ricollocato in congedo prima della propria classe, il provvedimento certo non è imputabile a Lei;

3° Non pare che Ella possa reclamare assegni per un periodo di tempo in cui non ha prestato servizio.

4° Gli ufficiali medici ricollocati in congedo possono essere assunti in servizio presso enti militari con speciale convenzione, ma come medici civili;

5° Le norme relative alla concessione delle polizze di assicurazione per gli ufficiali di complemento sono contenute nel Decreto ministeriale 24 aprile 1918, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 aprile n. 99.

Pubblicheremo prossimamente:

G. GENOESE: *Sul comportamento del liquido cefalo-rachidiano nella pertosse.*

P. BERTOLI: *Sulla migrazione dei proiettili.*

CONDOTTE E CONCORSI.

BASCHI (*Perugia*). — Occorrono temporaneamente e fino a regolare concorso, tre medici: uno per la condotta (piena) di Barchi e Civitella, con popolazione di 2605 persone; uno per Montecchio e Tenagie, con popolazione di persone 2339; il terzo per le frazioni di Montagna di Acqualoreta, Collelungo Mane, Marruzze e Melezzòle, con abitanti 1961.

Per la condotta di Montevecchio e Tenaglie il Comune è disposto a corrispondere L. 600 mensili nette; per quella di Baschi, Civitella e quella delle frazioni della montagna L. 800 mensili nette. Stante le condizioni locali e la deficienza di alloggi, si avverte che sarebbero da preferire giovani sanitari possibilmente sforniti di famiglia.

BURONZO (*Novara*). — Condotto per i poveri. Popolazione 1779 abitanti. L. 4000 annue sino a 300 poveri, oltre L. 800 quale indennità di trasporto e L. 500 per la carica di Ufficiale Sanitario.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Sette posti di medico-chirurgo assistente. Titoli ed esami. Età massima 34 anni. Biennio di prova; conferma per un altro biennio. L. 4000 lorde. Scad. ore 18 del 31 marzo.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Primario specialista del Turno otorinolaringoiatrica dell'ospedale di S. Maria Nuova e Primario del Turno Medico dell'Ospedale Meyer. Dieci anni di laurea; servizio effettivo negli ospedali dell'Amministrazione (vedere condizioni). L. 5000 lorde. Età massima 44-49 anni. Scad. ore 18 del 25 marzo.

PIOVERA (*Alessandria*). — A tutto il 15 marzo condotta per i poveri ed ufficiale sanitario. Popolazione 1451 di cui circa 300 in poche case sparse. Stipendio lordo complessivo L. 4500 con 4 aumenti quinquennali di 1/10. Il nominato dovrà assumere la carica appena ricevuta la partecipazione di nomina.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso a 40 posti di assitenti medico-chirurgi. Scadenza ore 15 del 31 marzo. Per le altre condizioni cfr. gli annunzi pubblicati nel fasc. 47 e 50 del 1919.

I concorrenti al precedente concorso a 30 posti (prorogato al 15 febbraio), non sono ammessi all'attuale concorso a meno che non dichiarino esplicitamente di ritirare l'istanza già inoltrata nel qual caso saranno esonerati dal rinnovare il pagamento della tassa di esame (L. 30).

RONCEGNO (*Trentino*). — Medico condotto. Stipendio annuo L. 6000; aggiunta caro viveri lire 2000; indennità di via L. 1000; visite pei non poveri da pagarsi secondo circolare governatoriale 20 maggio 1919. Il medico avrà a disposizione un quartiere in natura nella casa comunale.

Documenti di rito data recente. Scadenza 9 marzo. Rivolgersi al sig. Guido Froner, Sindaco di Roncegno.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto 31 marzo 1920 è aperto il concorso al posto di me-

dico condotto; stipendio di L. 6000, oltre ai compensi segnati nel capitolato e l'indennità caro-viveri.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero.* — Direttore generale degli Ospedali di Verona; L. 12.000 lorde, oltre L. 3000 di caro-viveri. È inibito l'esercizio libero professionale, fatta eccezione per le consulenze occasionali. Scad. ore 17 del 10 aprile. Biennio di esperimento.

Diffide e boicottaggi.

Pellegrino Parmense, Vernasca Piacentina (Parma); Artena (Roma); Piegaro (Roma).

Uffici di collocamento.

Piemonte e Liguria: Torino, via dei Mille, 16 (presso l'Ordine dei Medici di Torino);
Lombardia: Milano, via Dogana, 2 (presso la Presidenza centrale);
Tre Venezie: Verona, Stradone Superiore Maffei, 10 (presso l'Ordine dei Medici);
Emilia e Romagna: Bologna, Archiginnasio (presso la sede della Sezione Bolognese);
Mantovano: Mantova, via Arrivabene 3 (presso l'Ordine dei Medici);
Ferarra, presso la sede dell'Ordine dei Medici (per la provincia).
Chiedere le condizioni.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Colare dott. Pasquale. — Durante un violento bombardamento, sebbene febbricitante, prestava la sua opera con amore ed abnegazione dimostrando grande sangue freddo e sprezzo del pericolo. Gravemente contuso al ginocchio sinistro da una scheggia di granata non interrompeva il lavoro. Già distintosi in altre occasioni per coraggio ed abnegazione esemplari.

ENCOMIO SOLENNE.

Colare dott. Pasquale. — Per opera assidua ed altamente meritoria prestata sia per sopperire — malgrado la scarsità dei mezzi — ai numerosi bisogni dei battaglioni dipendenti, sia con l'avere contribuito con abnegazione ed assiduità ad impedire il diffondersi delle malattie infettive, la cui presenza era stata segnalata presso il campo di concentramento di Busto Arsizio e presso qualche reparto dislocato della zona degli accantonamenti.

ENCOMIO SPECIALE.

Dott. Rocchetti Federico, capitano medico:
« Durante la prigionia in Germania, al Campo di Brandeburgo, fece della sua professione di medico un aspostolato in favore dei nostri connazionali e dei prigionieri delle nazioni alleate, e, nominato Presidente dal Comitato di soccorso italiano per quel campo, si moltiplicò in opere che attestano l'elevatezza dei suoi sentimenti, contribuendo anche con denaro proprio a rendere meno penose le conseguenze della prigionia ai nostri soldati. Meritò l'ammirazione degli stessi nemici ».

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Al dott. Federico Mazzone da Firenze è stata concessa la croce di cavaliere dell'Ordine dei SS. Murizio e Lazzaro per speciali benemerenze acquistate in dipendenza della guerra 1915-18.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Su proposta del Ministro degli Esteri e per speciali benemerenze acquistatesi durante la guerra, il prof dott. Giuseppe De Luca, residente a Buenos-Aires, è stato insignito della commenda della Corona d'Italia ed ultimamente della croce Mauriziana. Rallegramenti cordiali.

NOTIZIE DIVERSE.

Contro il morfinismo e il cocainismo.

La sera del 21 febbraio u. s., per invito dei dottori prof. Abba e Garosci, presidenti della Società piemontese d'igiene e dell'Ordine dei medici di Torino, il prof. Vitige Tirelli, direttore del R. Manicomio di Torino, tenne una pubblica conferenza, che ripetè la sera del 28 successivo ad un'adunanaza di medici, nella quale espose i gravi danni individuali e sociali provocati dall'invadente abuso della morfina e della cocaina, di cui è noto compiersi nelle pricipali città nostre vendite clandestine, che per lo più sfuggono all'Autorità giudiziaria.

Come sintesi della conferenza, venne votato il seguente ordine del giorno che fu telegrafato al direttore della Sanità pubblica comm. Lutrario nell'imminenza della convocazione del Consiglio superiore di sanità:

« Una numerosa accolta di medici e cittadini torinesi, convocati dalla *Società Piemontese d'Igiene* e dell'*Ordine dei Medici*, riuniti in assemblea, il 21 febbraio 1920; udita la relazione del prof. Vitige Tirelli sull'attuale epidemia psicotossica di morfococainismo; riconosciuta la preoccupante gravità della situazione; convinta della scarsa efficacia delle attuali misure repressive, ma più della necessità di adottare pronte ed energiche difese preventive, invita il Governo ed i Pubblici poteri responsabili a meglio disciplinare ed a controllare la vendita dei cosidetti « stupefacenti », restringendone l'uso nella misura più rigorosa ed alle necessità strettamente cliniche, non diversamente da quanto si pratica, con altro scopo, per la saccarina ».

Al Sanatorio Militare di Porta Furba.

Il Comitato centrale antitubercolare presieduto dal senatore prof. Golgi ha visitato il Sanatorio militare di Porta Furba in Roma.

Gli illustri visitatori, tra i quali notavansi il Direttore generale della Sanità pubblica commendatore Lutrario, l'on. Pietravalle, i generali Galli e Rho, il col. Santoro e molti altri, si sono trattenuti per circa due ore nello stabilimento, che hanno visitato minutamente in tutti i suoi servizi, interessandosi specialmente ai reparti di cura pneumotoracica, agli impianti radiologici ed a tutti gli altri più moderni mezzi di diagnosi e di cura della tubercolosi che sono istituiti nell'Ospedale di Porta Furba.

Nell'accomiatarsi dal Direttore ten. col. prof. Guido Mendes e dagli altri ufficiali medici del Sanatorio, l'autorevole commissione ha espresso i sensi della più viva soddisfazione per l'impianto e l'andamento dei vari servizi in quell'Istituto che rappresenta ormai uno dei più importanti congegni per la intrapresa lotta antitubercolare.

Nel giornalismo medico.

Si è iniziata la pubblicazione di un Archivio di ematologica e sierologica, dal titolo « Haematologica »; è diretto dai proff. A. Ferrara e C. Moreschi; pubblica lavori originali su argomenti di ematologia morfologica e clinica (sangue, organi ematopoietici, connettivo) e di sierologia in rappporto ai problemi dell'immunità.

Il notevole sviluppo da tali discipline assunto negli ultimi anni, giustifica la pubblicazione di un giornale italiano che raccogliendo la nostra produzione scientifica — oggi troppo sparsa in numerose riviste generiche — la renda più facilmente accessibile agli studiosi di ogni nazione e la metta in maggior valore.

Il fascicolo contiene lavori di Golgi, Foà, Cesaris-Demel, Ferrata, Danese, Perroncito, Azzi; è corredato di 7 tavole litografiche a colori.

La redazione ha sede presso il prof. Ferrata (Via Cesare Battisti 53, Napoli); l'amministrazione presso la casa editrice Nicola Govene & C., (Piazza Oberdan 13, Napoli).

Auguri cordialissimi.

***

Si è iniziata la pubblicazione de « La Riforma stomatologica », diretta dal prof. Gustavo Scervini, direttore dell'Istituto di Stomatologia di Napoli.

La Direzione, la redazione e l'amministrazione della rivista hanno sede in Napoli, via dei Mille numero 16.

Auguri sentiti.

L'assicurazione contro le malattie negli Stati Uniti.

Progetti di legge per l'assicurazione statale obbligatoria contro le malattie sono stati presentati ai corpi legislativi degli Stati di Pensylvania, Iowa e New York.

Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia.

Viene organizzato nell'Ingilterra per il 1920. Il Comitato promotore intende dare a questa riunione una grande importanza.

Mentre nei primi due Stati i progetti hanno ottenuto un largo consenso da parte dei corpi medici, nello Stato di New York è venuta affermandosi una decisa opposizione, perchè il progetto — inoltrato dal sen. Davenport e dall'onorevole Donahire, presso il Senato e l'Assemblea dei deputati — lascia un esiguo margine al compenso dei medici, della cui opera organizza un vero sfruttamento. Questo progetto interessa almeno 10.000 dei 15.000 medici esercenti nello Stato di New York. La media degli introiti prevista dal progetto stesso è di 3400 dollari per medico, ossia 17.000 fr., equivalenti a 45.000 lire in valuta corrente; ma molti medici hanno espresso il convincimento che in pratica gli introiti si ridurranno a meno della metà.

Corso di balneologia e balneoterapia a Carlsbad.

Dal 19 al 25 settembre si terrà a Carlsbad un corso medico internazionale di perfezionamento, con speciale riguardo alla balneologia e balneoterapia. Le lezioni saranno impartite esclusivamente da insegnanti universitari, tra i quali sono già inscritti alcuni scienziati e clinici dell'Austria, Germania, Olanda, Scandinavia.

La frequenza dei corsi è gratuita; vi sono ammessi medici di tutte le nazioni; gli studenti possono pure essere ammessi su richiesta. Per informazioni rivolgersi al dott. Edgard Ganz, Geschäftsführer der Karlsbader ärztlechen Fortbildungskurse in Karlsbad.

La medicina italiana ha subito in questi giorni due gravissime perdite: sono scomparsi il prof. sen. CAMILLO BOZZOLO a Torino ed il prof. sen. TOMMASO SENISE a Napoli.

Di essi diremo nei prossimi numeri.

Si è spento improvvisamente a Milano, appena trentunenne, di una polmonite influenzale, l'avvocato LUIGI CAMILLO VINCENTI, direttore amministrativo de « L'Avvenire Sanitario ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, Ed. resp.

Anno XXVII Roma, 8 marzo 1920 Fasc. 10.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. LUIGI CONCETTI.

Sul comportamento del liquido cefalo-rachidiano nella pertosse

per il dott. GIOVANNI GENOESE, assistente.

In questi ultimi due anni la pertosse ha infierito in modo straordinario a Roma e perciò numerosi sono stati i casi di tale malattia potuti osservare tanto all'ambulatorio della Clinica che privatamente, alcuni lievi, altri gravi per complicanze sopravvenute specie a carico dei bronchi e dei polmoni e per la partecipazione in modo più o meno notevole del sistema nervoso onde i piccoli pazienti venivano a noi certe volte condotti per avere soccorso perchè in preda a convulsioni che iniziavano o seguivano l'accesso tipico di tosse convulsa.

In sei di questi casi di pertosse dei quali esporrò brevemente la storia è stata praticata la puntura lombare ed è stato sottoposto il liquido cefalo-rachidiano ottenuto a delle ricerche che mi piace riferire poichè portano un contributo all'esame del liquido spinale nel decorso di una tossinfezione nella quale il sistema nervoso ha una parte notevole ed importante e può essere in modo lieve od in modo grave compromesso fino al punto di dare sindromi svariatissime e di difficile interpretazione.

E credo utile riportare queste mie ricerche perchè i dati finora forniti dagli autori che più si sono occupati dell'argomento e che hanno studiata la composizione del liquido cefalo rachidiano nelle varie forme morbose, sono scarsissimi nei riguardi della pertosse e si hanno in massima parte in qualche osservazione frammentaria o fatta così incidentalmente.

Mestrezat che nel suo volume sul liquido cefalo rachidiano normale e patologico ha raccolto una somma di osservazioni grandissima, pochi dati rapporta per la tosse convulsa: egli ricorda, nelle poche righe che dedica all'argomento, che il Ley ha stabilita in 1007 la densità del liquor nella pertosse, accenna al tasso di albumina trovato da Comba (1899) fra 0.16 e 0.20 con una media di 0.17 ed al tasso dello zucchero che Sicard e Rosseau-Langwelt trovarono aumentato fino a 0.60 e 6.80 in quattro bambini con pertosse dei quali fu esaminato il liquido cefalo rachidiano.

Concetti riferisce il caso di una bambina di 2

anni e mezzo affetta da pertosse alla quale fu praticata la rachidocentesi: la malattia era incominciata da 12 giorni con accessi piuttosto gravi e con elevazioni serali di temperatura, la piccina era in istato comatoso, aveva rigidità in iperestensione degli arti inferiori ed in flessione dei superiori, rotazione in alto dei bulbi oculari, nistagmo orizzontale, contrattura dei muscoli innervati dal facciale inferiore di destra, riflessi conservati, dispnea, polso frequente, emissione spontanea di feci: con la puntura lombare si estrassero circa 20 cmc. di liquido limpido, che non formò reticolo, con scarso contenuto in albumina e contenente abbondanti sostanze riducenti i sali di rame.

Simonini riferisce un caso analogo nel quale la puntura lombare diede esito a circa 20 cmc. di liquor limpido, che non diede coagulo, con scarsa albumina anche ricco di sostanze riducenti i sali di rame, con esame citologico negativo.

Comba in tre casi di tosse convulsa senza alcuna complicanza dell'albero respiratorio o del sistema nervoso nei quali praticò la rachidocentesi ebbe come quantità di liquido dai 35 ai 40 cmc. con peso specifico di 1006-1007, con 0.16-0.18 di albumina ed in altri tre casi complicati a broncopolmonite ebbe cifre quasi identiche.

Voisin che ha esaminati numerosi liquidi spinali di bambini affetti da broncopolmonite in alcune di queste forme complicanti la pertosse accenna, ma incompletamente, a modificazioni subìte dal liquor in tale evenienza: egli avrebbe sempre riscontrata pressione alta, albumina in massima parte normale, cloruri oscillanti fra 7.20-7.30 ed in quanto alla citologia in due casi avrebbe rilevata reazione cellulare in massima parte costituita da linfociti: in un solo caso dove esisteva agitazione e rigidità nucale trovò aumento nell'albumina oltre alla reazione linfocitaria.

Bertolotti riferì al 3° Congresso di Pediatria di Roma intorno a tre casi di pertosse a forma grave convulsiva (20-30 accessi nelle 24 ore) nei quali praticò la puntura lombare: egli in due casi notò ipertensione del liquor e dalla puntura ripetuta notò giovamento avendo rilevato, come conseguenza, diminuzione del vomito, remissione degli accessi, scomparsa dell'anisocoria e miglioramento del polso.

In quanto all'esame del sedimento, al microscopio Bertolotti, nei tre casi descritti (nei quali il liquor non fu sottoposto ad ulteriori ricerche) trovò una mononucleosi marcata e caratteristica, scarsità di linfociti e predominanza invece di elementi grandi a protoplasma chiaro ed abbondante, nucleo poco colorabile in tutto simili a quelli riscontrati in prevalenza nel sangue dei pertossici, dove le ricerche dello stesso Bertolotti e del Muggia avevano riscontrata una vera e propria inversione della formula leucocitaria normale per l'aumento appunto dei mononucleari, inversione che sta a dimostrare la intensa reazione difensiva dell'organismo durante il decorso della pertosse.

Da questi brevi note si può constatare come sulla composizione del liquido cefalo rachidiano nella pertosse abbiamo, ripeto, dati e cifre incomplete, delle ricerche in proposito almeno per stabilire le modificazioni principali del liquido spinale in tale forma morbosa non si hanno, nemmeno in quei casi pure non infrequenti nella letteratura dove con la pertosse si ebbero complicanze più o meno gravi dal lato del sistema nervoso dove l'esame sistematico del liquor avrebbe potuto stabilire la vera essenza della lesione molte volte rimasta misconosciuta o potuta stabilire soltanto al tavolo anatomico.

Queste mie ricerche furono eseguite su liquidi spinali di soggetti di varia età, fra i 2 e i 6 anni, tre maschi e tre femmine, tutti affetti da forme gravi di pertosse con in media 10-15 accessi al giorno: in tre casi la malattia decorse con convulsioni, in due casi fu complicata a broncopolmonite, in un caso a gastro-enterite: la puntura lombare in genere fu praticata nel periodo intervallare di calma fra un attacco e l'altro, sempre nel secondo stadio della forma morbosa ed in un solo caso della bambina oggetto della osservazione 3ª fu ripetuta due volte.

Riferirò prima le storie in succinto e poscia poche e brevi osservazioni:

I. — Luigino M..., di anni 3: nel gentilizio, la madre affetta da istero-nevrastenia: da due settimane ha tosse convulsa, in questi ultimi giorni convulsioni che sono generalizzate e seguono ad ogni accesso forte: è notevolmente deperito per i vomiti frequenti, accusa spesso cefalea: durante le convulsioni che durano pochi minuti si notano tremiti ai muscoli della faccia e degli arti inferiori, e dei movimenti di deglutizione.

La puntura lombare dà esito a 20 cmc. di liquido limpido, a forte pressione, che non forma reticolo, con 0.25 di albumina, cloruri 7, contenente molte sostanze riducenti i sali di rame, negativa la reazione dell'acetone, negativa la prova di Boveri al permanganato; nel sedimento l'esame citologico fa rilevare solo qualche scarso linfocito.

La rachidocentesi non migliora per nulla le condizioni della bambina e dopo di essa gli attacchi di tosse e convulsivi sono per numero ed intensità come prima: durante uno di questi attacchi il bambino muore.

II. — Irma G..., anni due e mezzo. Madre nevrastenica, padre alcoolista: non ebbe mai malattie di sorta; da tre settimane è affetta da pertosse, da pochi giorni soffre di violente convulsioni ad accessi che seguono a degli spavente-

voli attacchi di tosse, che la molestano da 20-25 volte al giorno.

Con la puntura lombare si ottengono 20 cmc. di liquido limpido, ad alta pressione, con assenza di reticolo, con 0.20 di albumina, cloruri 7.40; notevoli sostanze riducenti i sali di rame, assenza di acetone, negativa la reazione di Boveri: nel sedimento scarsissimi linfociti.

Dopo la puntura lombare non si osserva alcun miglioramento anzi appena poche ore dopo la rachidocentesi la piccina è colpita da altri attacchi convulsivi.

III. — Maria B..., anni 4. Nulla di notevole nel gentilizio: a 2 anni morbillo, a 3 anni tonsillite: da due settimane pertosse a forma grave con 15-20 accessi giornalieri: è in stato di nutrizione scadente per il vomito continuo che ha e diarrea con feci giallo verdastre, indigerite, putride.

Si pratica una puntura lombare e si ottengono oltre 20 cmc. di liquido limpido, a pressione media, con assenza di reticolo, 0.16 di albumina, cloruri 7.20, contenente gran quantità di sostanze riducenti i sali di rame, con netta ed intensa reazione dell'acetone, negativa la prova del Boveri, negativo l'esame del sedimento.

Dalla puntura non si è avuta alcuna influenza sul decorso della forma morbosa continuando la piccina ad avere attacchi gravi del male si può dire più numerosi di prima. Nel periodo di defervescenza della tosse convulsa le condizioni della bambina non migliorano: la diarrea si fa più imponente, ha vomito ostinato, è depressa, con polso piccolo a 96-100, sguardo fisso, pupilla rigida e spasmo dei muscoli della nuca: gemendo si lagna di forte cefalea.

È ripetuta la puntura lombare che dà esito a 20 cmc. di liquido limpido ad alta pressione, con assenza di reticolo, albumina 0.35, cloruri 6.80, sostanze riducenti come nella prima rachidocentesi e così positiva la reazione dell'acetone, negativa la prova di Boveri. All'esame del sedimento si nota una discreta linfocitosi. Dopo otto giorni la gastro-enterite migliora, i fenomeni meningei scompariscono e la bambina guarisce.

IV. — Marcella D..., di anni 5. Nella anamnesi la madre sofferente di nevrastenia il padre alcoolista: a 2 anni morbillo, a 3 anni varicella: da due settimane è sofferente di tosse convulsa: da due giorni le sue condizioni si sono aggravate malgrado siano diminuiti gli accessi di pertosse: ha affanno, dispnea, temperatura 39-40, è cianotica, polso piccolo. Allo esame del torace si odono da tutti e due i lati ma più a sinistra dei forti rantoli diffusi, accentuati alla regione della scapola, dove esiste una zona di ottusità sulla quale si ascolta nettamente respiro bronchiale.

Si lagna di cefalea intensa che localizza alla regione frontale e che si esacerba di più quando la piccina è colpita da violenta tosse; non vomito, non diarrea, urinazione normale.

La puntura lombare dà esito a 25 cmc. di liquido limpido, con pressione alta, assenza di reticolo, albumina 0.15, cloruri 7.30, notevole riduzione dei sali di rame, negativa la ricerca dell'acetone, negativa la prova di Boveri, sedimento negativo. Dopo la puntura la bambina non si lagna tanto della cefalea: dopo otto giorni il focolaio broncopneumonico entra in risoluzione e la temperatura ritorna al normale: continua la pertosse ma con accessi sempre più rari e meno violenti.

V. — Pietro M..., di anni 6, è affetto da tosse convulsa da circa quattro settimane, quando al torace a destra all'altezza dell'angolo della scapola si nota una vasta zona di ipofonesi ed alla ascoltazione gruppi di rantoli: temperatura oscillante fra 39-40; intensa cefalea.

La puntura lombare dà esito a 25 cmc. di liquido limpido, ad alta pressione, senza reticolo, con albumina 0.18 circa, cloruri 7.30, contenente molte sostanze riducenti i sali di rame, negativa la ricerca dell'acetone, e prova di Boveri, e l'esame del sedimento.

VI. — Luigino S..., di anni 3 e mezzo: da 20 giorni pertosse; da tre giorni a certi attacchi gravi seguono convulsioni generalizzate che si ripetono fino a due o tre volte durante la giornata: il piccino si lagna di cefalea, è abbattuto, vomita ad ogni ingestione di cibo. Con la rachidocentesi si ottengono 25 cmc. di liquido limpido, a zampillo, con 0.20 di albubina, assenza di reticolo, cloruri 7, notevole quantità di sostanze riducenti i sali di rame, assenza di acetone, negativa la prova di Boveri, negativo l'esame citologico.

Dalla puntura lombare si ottiene un leggiero miglioramento della cefalea che poscia scompare gradatamente, ma nessun vantaggio si ottiene in quanto alle convulsioni che continuano ancora per molti giorni e si rendono più rare fino a cessare con l'uso dei bagni caldi ripetuti e con la somministrazione del bromuro di calcio.

Il liquido cefalo rachidiano in tutti i sei casi si ebbe dalla puntura lombare limpido come acqua di rocca, con una pressione superiore alla normale poichè quasi sempre venne fuori dalle rachidocentesi praticate, a getto od a zampillo. l'aumento della pressione del liquor nella tosse convulsa secondo alcuni autori anzi secondo la maggioranza degli autori è dovuto ad un fattore meccanico agli accessi cioè forti e ripetuti che turbano la circolazione cerebrale aumentando fortemente la pressione arteriosa e venosa ed indirettamente producendo aumento di pressione nel liquido cefalo rachidiano.

Nell'attacco di pertosse per l'azione prolungata dei colpi di tosse si ha congestione della faccia, edema delle palpebre per cui l'aspetto caratteristico che assume il bambino, si hanno emorragie nasali e sottocongiuntivali e si ha anche stasi venosa cospicua alla testa ed al collo con conseguente squilibrio circolatorio cerebrale che influisce per ragioni ovvie sulla tensione del liquor.

Questa teoria meccanica che sostennero principalmente Trosseau, Leyden, Simon, se basta a spiegare l'aumentata pressione del liquido cefalo-rachidiano nel decorso della tosse convulsa per l'aumentata attività secretiva dei plessi coroidei, non basta a spiegare la patogenesi degli accidenti nervosi nella pertosse, che dalla sem-

plice convulsione come nei casi surriferiti possono giungere a vere emiparesi, monoplegie, paraplegie e lesioni più complesse e varie: al fattore meccanico bisogna aggiungere in questi casi il fattore tossinfettivo che giuoca una parte molto importante poichè le tossine della infezione sono quelle che agendo sulle pareti dei vasi e sulle cellule nervose e sui centri nervosi stessi determinano quelle lesioni ora semplici ora complicate che poi causano i vari accidenti descritti dagli autori.

In questi casi non è possibile riferire tutto alle cause meccaniche e si deve ammettere per la tosse convulsa ciò che da tutti oggi è ammesso e cioè che in tale affezione si mettono in circolo delle tossine che possono determinare sul sistema nervoso alle volte delle lesioni lievi e guaribili e talora gravi e difficilmente riparabili.

Sulle convulsioni nel decorso della pertosse la puntura lombare non dimostrò alcuna influenza e mai ho potuto constatare alcun miglioramento da questo lato nei piccoli pazienti: la rachidocentesi praticata in alcuni casi appena dopo un grave attacco convulsivo non bastò mai ad evitare gli attacchi consecutivi che non furono mai visti diminuire di intensità o di numero per l'azione della puntura stessa la quale secondo me nessuna efficacia ha nemmeno sulla forma morbosa in sè anche quando non sia complicata a convulsioni.

Bertolotti non è di questa opinione ed in due dei tre casi da lui riferiti notò dopo la rachidocentesi diminuzione del vomito, miglioramento delle condizioni del polso, e diminuzione degli accessi fino alla scomparsa.

L'Ibrahim (*Medz. Klin.* 1910) si dimostrò molti anni or sono convinto sostenitore della puntura lombare nel decorso della pertosse dicendola efficacissima per le convulsioni che da tale presidio terapeutico verrebbero mitigate e per il fatto che la durata del male verrebbe abbreviata: a me non consta che altri osservatori abbiano dichiarata fondata o meno l'affermazione dell'Ibrahim ad ogni modo da parte mia non posso confermarla.

Viceversa dalla rachidocentesi i piccoli pazienti dei quali ho riferite le storie notevole giovamento ottennero per quanto riguarda la *cefalea*: questo sintoma è uno dei più costanti nel decorso della affezione, colpisce i bambini dopo forti e ripetuti attacchi di tosse ed è dovuto in questi casi alla congestione che si ha con conseguente aumentata pressione del liquido cefalo rachidiano: è una cefalea ad accessi che i bambini (in ispecie i più grandicelli) localizzano più specialmente alla regione frontale e che getta il piccino già stremato di forze per gli attacchi ripetuti del male in uno stato di abbattimento profondo: dopo la puntura lombare il miglioramento è istantaneo e molte volte decisivo: io ho potuto notare talora la scomparsa completa di tale sintomo molesto appena dopo la sottrazione del liquido e con la scomparsa di esso, un miglioramento notevole nello stato generale.

La nozione che la cefalea in certi casi può essere prodotta dal solo aumento del liquido cefalo rachidiano è acquisita in neuropatologia da tanto tempo e prima ancora che Quincke avesse dimostrata la innocuità della rachidocentesi erano noti dei casi nei quali la scomparsa della cefalea aveva coinciso con la emissione abbondante di liquor dal naso (Thompson) o dal meato uditivo esterno (Vigoroux, Gatteschi) e nota è l'osservazione di Salmon che cita il caso di una signora che vedeva scomparire la ostinata cefalea dalla quale era afflitta con la emissione di alcune goccie di liquor dal naso.

Mingazzini in un pregevole lavoro sulla puntura lombare come cura di alcune forme di cefalea essenziale rapporta numerose osservazioni di individui guariti o migliorati dalla puntura lombare ed a conferma della genesi della cefalea dovuta allo aumento di pressione del liquido spinale riferisce la esperienza da lui fatta sopra una bambina intelligente affetta da meningocele: facendo una pressione sulla parte più alta del sacco mediante il pollice la paziente avvertiva dopo pochi minuti un vivo dolor di capo localizzato alla regione del vertice che durava finchè si manteneva l'aumento di pressione sospesa la quale, il dolore cessava.

Prendendo lo sfigmogramma della radiale della bambina prima della compressione del sacco e paragonandolo con quello durante la compressione cioè durante il dolore si notava che l'apice delle curve delle onde si innalzava e che la lunghezza totale delle medesime diveniva più corta.

Il tasso della *albumina* nel liquido cefalo rachidiano normale è in genere oscillante fra 0.18 e 0.30 per mille e nelle mie ricerche nei casi di pertosse non ho visto mai superata tale cifra: ciò dimostra come in tale affezione si ha in genere uno stato congestivo semplice delle meningi dovuto certo alla turbata circolazione cerebrale; solo nella osservazione 3ª della bambina Maria B. con pertosse e gastro-enterite quando in ultimo comparvero fenomeni di irritazione meningea (rigidità nucale, ecc.) l'albumina ha raggiunto il tasso di 0.35 ‰ e di pari passo fu notata una discreta reazione cellulare in massima parte rappresentata da linfociti ma questo reperto è da mettersi in rapporto allo stato tossico dovuto alla malattia intestinale poichè guarita questa i fenomeni meningei scomparvero.

Mai nei liquidi spinali esaminati si formò il

caratteristico reticolo a tela di ragno, nè il comportamento dei *cloruri* presentò delle variazioni notevoli: in genere oscillò il loro tasso fra il 7 e il 7.40 e non superò tale cifra: in quanto allo *acetone* la sua ricerca fu negativa in quasi tutte le osservazioni, solo nella osservazione 3ª della bambina con pertosse e gastro-enterite fu notata la presenza nel liquor di questo corpo e ciò sempre in rapporto allo alterato ricambio dovuto alla forma intestinale.

Dalle mie ricerche nei riguardi alle *sostanze riducenti* contenute nel liquido cefalo-rachidiano degli ammalati di pertosse, vengono confermati ampiamente i dati forniti dai pochi autori e risulta in modo evidente come nella tosse convulsa il tasso dello zucchero è generalmente aumentato nel liquido spinale come del resto in tutte le infezioni: le cifre del tasso delle sostanze riducenti contenute nei liquidi normali in genere si aggirano fra 0.40-0.50 in glucosio per litro: Halliburton parla di 0,16, Cervesato e Comba riportano cifre comprese fra 0.37 e 0.66, Lannois e Gillaud riportano valori analoghi.

Santangelo della nostra Clinica in un notevole lavoro sul potere riducente del liquido cefalo rachidiano, in bambini affetti da affezioni chirurgiche (ernie, deviazioni rachitiche, fistole) senza alcun risentimento meningeo o la più piccola infezione od intossicazione generale, dei quali ha esaminato il liquor ha trovate cifre varianti fra il 0.47 e 0.56 con una media di 0.52 in glucosio per litro.

L'aumento delle sostanze riducenti nel liquido cefalo rachidiano è notevole in ispecie nel diabete e nelle glicosurie: vengono subito dopo le malattie infettive e le intossicazioni: nella febbre di Malta si hanno valori fra 0.70 e 0.72, nella varicella 1 gr. (Dirksen), nella rabbia 0.72 (Deniges e Sabrazes), negli orecchioni 1.07, nella polmonite 0.91 e 0.97, nella broncopolmonite 1.37, nella uremia 0.75, ma si possono avere anche cifre superiori: Mestrezat cita un caso di ittero con 1 gr. per litro di sostanze riducenti, un caso di grave scottatura con 1.20 e rapporta l'osservazione di un bambino in piena crisi convulsiva con aumento della urea nel liquor nel quale fu dosata la cifra di gr. 2 per litro di glucosio, nel liquido cefalo-rachidiano.

Santangelo nei bambini ha trovato aumento dello zucchero nel corso di tossinfezioni generali con lieve risentimento meningeo, nella poliomielite anteriore acuta, e nella meningite cerebrospinale epidemica nel periodo di stato.

Fra le infezioni solo la tifoide ed il morbillo fanno eccezione a questa regola generale, non solo la tifoide, ma tutte le affezioni che ledono l'intestino, dove si avrebbe diminuzione di glucosio nel liquor o tasso normale: nella tifoide si hanno cifre fra 0.42-0.50, nelle gastroenteriti 0.40 - 0.46; nel morbillo si hanno cifre approssimative: Mestrezat spiega questo fatto con la mancanza di reazione leucocitaria in queste due infezioni, dove a differenza delle altre si ha leucopenia; mancando la reazione leucocitaria non sarebbero turbate le funzioni glicoregolatrici.

Nelle affezioni di sopra citate come diabete, infezioni generali, intossicazioni, per avere aumento nel tasso dello zucchero rachidiano deve esserci anche *iperglicemia,* ma questa secondo la maggior parte degli autori non basta per spiegare la *iperglicorachia*: per avere modificazioni nella composizione del liquido cefalo rachidiano è necessario un certo grado di intossicazione, sono le tossine quelle che agirebbero sulle funzioni glicoregolatrici e l'aumento delle sostanze riducenti è in rapporto proporzionale col grado di intossicazione.

Mestrezat ammette anche una origine locale della glicorachia: indipendentemente dalla iperglicemia la semplice congestione meningea può portare un aumento dello zucchero rachidiano. Ora nella tosse convulsa si verifica appunto sempre questa circostanza cioè uno stato congestivo delle meningi effetto della turbata circolazione e della stasi sanguigna dovuta ai ripetuti e violenti colpi di tosse onde è facile comprendere come nella pertosse l'aumento dello zucchero rachidiano, l'iperglicorachia cioè si debba e possa spiegare anche con questo fattore locale che certo nelle altre infezioni non entra in giuoco.

Per la ricerca delle sostanze riducenti nel liquido cefalo-rachidiano ho usato un metodo colorimetrico di semplice e facile attuazione cioè quello del Cammidge che usa in luogo del Fehling, il liquido di Benedick così modificato: *citrato di soda gr.* 200, *carbonato anidro di soda gr.* 100 *e bicarbonato di soda gr.* 10 si sciolgono al calore in 600 gr. di acqua distillata e si aggiunge continuamente il solfato di rame (gr. 34.65 in 150 di acqua dist.) e dopo il raffreddamento la soluzione si porta al litro: a 5 cmc. di questa soluzione si aggiungono 8-10 gocce del liquido da esaminare e la provetta si mette per 5 minuti a bagno maria bollente: se il liquido contiene meno di 0.10 di zucchero si ha opalescenza verde se contiene da 0.10 a 0.50 si ha un precipitato verde, dal 0.50 al 2‰ si ha precipitato giallo, di più del 2 il precipitato è rosso.

Ora in tutti i liquidi spinali da me esaminati ed appartenenti a bambini con pertosse dei quali le presenti osservazioni, si ebbe sempre abbondante precipitato giallo, cioè il tasso delle sostanze riducenti negli esami da me praticati fu

sempre molto superiore al 0.50 ‰ cioè molto superiore alla norma: e questi risultati furono più di una volta da me controllati con l'uso del liquido del Fehling, che con la tecnica modificata dal Martiri (Riforma Medica n. 46-1916) serve sempre molto bene per una valutazione rapida delle sostanze riducenti.

L'esame citologico del liquido cefalo rachidiano nella pertosse nei 6 casi da me riferiti fu quasi sempre completamente negativo, solo nella 3ª osservazione alla seconda rachidocentesi praticata per i fenomeni nervosi dovuti certo alla forma intestinale complicante la pertosse, fu riscontrata una discreta linfocitosi in relazione certo con lo stato tossico della bambina affetta da grave gastro-enterite e con reazione meningea evidente.

Concludendo: nella pertosse in genere il liquido cefalo rachidiano è limpido, ad alta pressione, con albumina normale, senza reticolo, con cloruri normali, assenza di acetone, con reazione di Boveri negativa, con esame citologico negativo: è notevole l'aumento delle sostanze riducenti in massima parte dovuto a mio parere alla semplice congestione meningea che si verifica per il fatto meccanico dei violenti e ripetuti accessi di tosse. Sperimentalmente questa ipotesi trova la conferma in ciò che si produce dopo l'anestesia rachidea con la stovaina o con la cocaina dove fu constatato aumento dello zucchero rachidiano (iperglicorachia) senza iperglicemia: in questi casi si tratta di forte congestione per irritazione locale senza infiammazione così come nella pertosse per la turbata circolazione cerebrale e per la stasi consecutiva.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal prof. L. Zoja.

Prove per determinare la funzionalità del pancreas

per il prof. ANTONIO GASBARRINI, aiuto
e libero docente.

FUNZIONE DEL PANCREAS. — Il pancreas esplica una duplice importante funzione: quella di presiedere coi suoi succhi principalmente al processo digestivo dell'intestino e quella di regolare il ricambio degli idrati di carbonio per mezzo di una secrezione interna. È noto infatti dalle osservazioni sopratutto di Minkowski, v. Mering ed altri che l'estirpazione totale del pancreas dà nel cane diabete mellito.

Il succo pancreatico, secreto in quantità di oltre 1/2 litro al giorno, contiene i seguenti enzimi: l'enzima proteolitico (*tripsina*), il lipolitico o lipase (*steapsina*), l'amilolitico o amilase (*amilopsina*), la *chimosina* o *rennina* e la *nuclease*.

La *tripsina* ha la proprietà di trasformare le proteine nei loro prodotti di scissione, gli amminoacidi, o nelle loro più semplici combinazioni, i polipeptidi. Secreta allo stato di zimogene (*protripsina*), e, secondo gli studî di Pawlow, attivata da una sostanza contenuta nel succo enterico, detta *enterochinase;* l'attivazione dello zimogene triptico può essere fatta anche dalla bile o da sali solubili di calcio. È resa inattiva da una temperatura di 50° o da una soluzione al 0,05 % di Hcl.

La *lipase* scinde per un processo di idrolisi il grasso neutro in acidi grassi e glicerina. È secreta allo stato attivo e la sua azione lipolitica è esaltata, al pari della tripsina, dalla bile e dal cloruro di calcio; al contrario, si altera in presenza di acidi diluiti, di cloruro di sodio, ed è distrutta a 65°-70° di T.

L'*amilase* pancreatica ha, come la ptialina, la proprietà di trasformare i polisaccaridi (amido, glicogene) in maltosio e destrina. Non si è ancora riuscito ad isolare il fermento diastasico del pancreas: è probabile che esso esista, in parte, allo stato inattivo. L'attività dell'amilase si esplica sopratutto a 35° ed è esaltata dall'Hcl, anche in minime tracce, o dall'aggiunta di siero di sangue inattivo; ne paralizzano invece l'azione gli alcali e la dialisi.

La *chimosina* pancreatica è un enzima coagulante il latte. Al pari della tripsina, è secreta allo stato inattivo (*prochimosina*) e viene attivata dal succo enterico, dell'Hcl o dai sali solubili di calcio.

La *nuclease* è un fermento capace di scindere l'acido nucleinico. Le nucleine formatesi nello stomaco vengono da questa enzima del succo pancreatico scomposto, per un processo di idrolisi, in basi puriniche ed acido fosforico.

MECCANISMO DELLA SECREZIONE PANCREATICA. — La secrezione pancreatica è regolata dall'innervazione del vago e dello splancnico. Stimolando il moncone periferico del vago nel cavo addominale, aumenta la secrezione pancreatica, tuttavia il vago contiene anche fibre inibitrici di essa. Lo splancnico è prevalentemente un nervo inibitore della secrezione pancreatica, come lo dimostra l'aumento di eliminazione del succo pancreatico, in seguito ad interruzione di questo nervo (*secrezione neuroparalitica*).

Oltre ai nervi secretorî, si invoca oggi la *teoria umorale* per spiegare il meccanismo della secrezione pancreatica: in altri termini, lo stimolo secretorio sarebbe dato da agenti chimici (*or-*

moni s. Bayliss e Starling), che per via sanguigna agirebbero sugli elementi ghiandolari del pancreas. Così il pancreas comincia a secernere non appena il chimo acido dal piloro passa in duodeno, e precisamente non appena la *secretina* (resa attiva dalla presenza di acido) viene assorbita dall'intestino.

C'è infine chi ammette un'influenza combinata dei nervi e del circolo sanguigno sulla secrezione pancreatica.

STIMOLI DELLA SECREZIONE PANCREATICA. — *a) Stimoli chimici.* L'acido cloridrico, come gli acidi in genere (ac. fosforico, lattico, citrico, acetico), eccitano la secrezione del pancreas, mentre il bicarbonato di soda ed altre sostanze alcaline la inibiscono. Agiscono da eccitatori dell'attività pancreatica anche i grassi ed i saponi; i primi hanno dunque un comportamento inverso a quello che esplicano sulla secrezione gastrica: azione inibitrice sulla produzione del succo gastrico, eccito-secretrice del succo pancreatico.

Secondo Fleig, per il contatto d'una soluzione di saponi sulla mucosa intestinale si produrrebbe una sostanza, la *sapocrinina,* la quale, riassorbita, ecciterebbe la secrezione pancreatica (*teoria degli ormoni*).

E così dicasi dell'alcool, che per un meccanismo identico (*etilocrinina*) provocherebbe un aumento del secreto pancreatico.

b) Stimoli psichici. Anche quando venga a mancare Hcl nel contenuto gastrico (achilia, anacidità gastrica), cioè a dire, sia annullato lo stimolo alla secrezione pancreatica, può la funzione del pancreas continuare ad essere normale per influenza di stimoli psichici (*secrezione psichica*).

c) Alimentazione. A seconda della specie e della quantità dei cibi ingeriti variano la quantità ed il rapporto dei diversi fermenti del succo pancreatico: così, in seguito ad un pasto esclusivo con idrati di carbonio, si ha il massimo di secrezione pancreatica, con dieta carnea se ne ottiene di meno, il minimo con alimenti grassi.

PROVE PER STABILIRE LA FUNZIONALITÀ DEL PANCREAS. — Esse si distinguono in *dirette* (dimostrazione dei fermenti del succo pancreatico, sia nel liquido ottenuto dallo stomaco o dal duodeno, sia nelle feci) ed in *indirette.*

***

A) *Prove indirette dell'azione digerente del succo pancreatico:*

1° *Prova della jodipina.* — Questa sostanza, somministrata per bocca, resta inalterata nello stomaco ed è scomposta soltanto nel duodeno in presenza di bile e di succo pancreatico: lo jodio, fatto libero, compare nella saliva normalmente dai 24′ ai 65′ dall'ingestione e tardivamente (5 h-6 h) quando vi sia occlusione del dotto pancreatico da solo, ed ancor più, se associata a quella del coledoco. La prova avrà valore, purchè si possa escludere una diminuzione della motilità gastrica o dell'assorbimento intestinale.

2° *Prova delle capsule di gelatina del Sahli.* — La somministrazione di gr. 0,15 di jodoformio o gr. 0,5 di salolo in capsule di gelatina, che resistono al succo gastrico, è seguita, per digestione di esse nell'intestino da parte del fermento triptico e conseguente scomposizione del loro contenuto, dalla comparsa della reazione del jodio nella saliva (dopo (15′-75′) o dell'acido salicilico nelle urine (1 h-1 h,30′). Come nel caso precedente, il ritardo o l'assenza della reazione, quando non si possa riferire ad un difetto di motilità della parete gastrica o di assorbimento dell'intestino, deporrà per una diminuzione od assenza del succo pancreatico.

3° *Prova dei nuclei di Schmidt.* — È fondata sulla constatazione che i nuclei delle fibre carnee sono digeriti e distrutti completamente dall'azione della tripsina; cosicchè, in seguito a somministrazione di pezzetti di carne fresca di bue, induriti in alcool e racchiusi in sacchetti di garza, che resistono ai succhi digerenti, si potrà all'esame microscopico, una volta emesse con le feci ed opportunamente inclusi e sezionati, osservare la perfetta conservazione dei nuclei, nei casi in cui la secrezione pancreatica sia diminuita.

Ma questa prova non ha un valore decisivo, potendo i nuclei essere scomposti anche dall'Hcl con pepsina, e quindi sarà utilizzabile solo quando la digestione gastrica manchi o sia deficiente. È altresì a tutti noto che la presenza nelle feci di fibre carnee con striatura evidente e nuclei ben conservati può aversi per achilia gastrica e per catarro o atrofia della mucosa intestinale.

B) *Prove dirette per lo studio dei fermenti pancreatici.* — Esse possono essere istituite:

a) sul contenuto gastrico;

b) sul contenuto duodenale;

c) sulle feci.

a) Sul contenuto gastrico. Colazione di Volhard-Boldireff. — Si può ottenere il succo pancreatico direttamente dallo stomaco, per rigurgito di esso e dei succhi intestinali, commisti a bile, in seguito ad una colazione di grasso.

A mezzo d'una sonda, si fanno arrivare nello stomaco, a digiuno, cc. 200 di olio puro di oliva s. Volhard o cc. 100-200 d'una soluzione al 2 % di acido oleico in olio di olivo s. Boldireff; un nuovo sondaggio, rispettivamente dopo 1/2 h o dopo 1/2 h-1 h, permetterà di estrarre un liquido acquoso, mucoso, spesso verdastro per bile, a reazione fortemente alcalino, che separato dallo stra-

to di olio sovrastante, a mezzo d'una pipetta o di un pallone a separazione, servirà per le ricerche.

Il liquido va adoperato subito dopo l'estrazione o conservato in ghiacciaia. La neutralizzazione del succo gastrico si ottiene somministrando al paziente 20' circa dopo la colazione di olio un cucchiaino da caffè di magnesia usta in acqua.

b) Sul contenuto duodenale. Metodo della sonda di Einhorn. — Questo metodo permette di ottenere succo pancreatico sondando direttamente il duodeno. La pompa di Einhorn è formata d'una oliva d'oro, forata, che si innesta ad un sottile tubo di gomma (8 mm. di circonferenza), ben resistente, su cui sono incisi 3 segni, a cm. 40, 56 e 75 dalla capsula, corrispondenti rispettivamente al cardias, al piloro ed al duodeno. All'estremo del tubo di gomma si applica una siringa di vetro a 2 vie, che permette, a volontà, la comunicazione diretta del contenuto duodenale con la siringa o di quello con l'esterno.

Previa somministrazione d'una tazza di thè zuccherato, si fa inghiottire al paziente la capsula la quale, con l'aiuto di piccoli e ripetuti sorsi di acqua, giunge presto, senza disagio apprezzabile, nello stomaco. Messo poi l'infermo a giacere sul fianco destro ed assicurata l'estremità libera della sonda ad un orecchio mediante un laccio, dopo circa 1 h la capsula d'oro ha raggiunto il duodeno, ad eccezione dei casi in cui esista una stenosi cicatriziale o spastica del piloro. L'estrazione preliminare di liquido gialliccio per bile alquanto vischioso, a reazione alcalina, indicherà che la capsula pesca realmente nel contenuto duodenale, mentre, qualora essa si trovi nello stomaco, si estrarrà liquido acido, ovvero dopo fatto ingerire al paziente un po' di latte, sarà commisto a questo, magari coagulato.

***

1° *Determinazione quantitativa del fermento proteolitico.* — Servono i seguenti metodi:

a) Metodo della caseina s. Gross-Fuld. — In una serie di provette si versano dosi decrescenti di liquido alcalino estratto dal duodeno a mezzo della sonda di Einhorn (cc. 1-0,64-0,40-0,25-0,1) ed a ciascuna di esse si aggiungono cc. 2 d'una soluzione di caseina (1 gr. di caseina pura (Grübler) in 1 litro di soluzione all'1 ‰ di bicarbonato sodico, bollita e conservata sterilmente con toluolo); un tubetto senza liquido in esame servirà da controllo. Dopo aver pareggiato il volume in ciascuna provetta con aggiunta di soluzione fisiologica sterile di NaCl, si agita e si tiene la provettiera in termostato a 37° per 1/2 h; facendo infine cadere in ogni tubetto alcune gocce d'una soluzione alcoolica di acido acetico (15 cc. di acido acetico glaciale + 25 cc. di alcool + 100 cc. di H_2O), la caseina precipiterà in quelle provette, in cui non è stata digerita.

b) Metodo della glycyl-l-tyrosin s. Abderhalden. — Questo dipeptide viene dal succo pancreatico scomposto rapidamente in glicocolla e tirosina; basta perciò determinare la quantità di tirosina scissa.

Per maggiore precisione, essendo la glicil-l-tirosina scomposta anche dall'erepsina, si esclude l'attività di questa con la glycyl-glycina, che viene attaccata unicamente dall'erepsina.

c) Metodo del peptone serico. — Per scissione del peptone in presenza di succo pancreatico, precipita la tirosina, di cui è ricco. Basta sciogliere 1/2 gr. di peptone serico in 1 cc. di liquido in esame, alcalinizzare con gocce di soluzione concentrata di bicarbonato sodico, aggiungere un po' di toluolo e mettere il tutto a 37°. Dopo 24 h-28 h o al più dopo alcuni giorni di ghiacciaia, si ha la precipitazione in cristalli della tirosina, di cui si determina il peso.

2° DETERMINAZIONE QUANTITATIVA DEL FERMENTO AMILOLITICO. - *Metodo di Wohlgemut.* — Avendo il fermento diastasico le stesse proprietà della ptialina, lo si mette in evidenza trattando il liquido in esame con una soluzione di amido. A delle provette contenenti quantità decrescenti del liquido da esaminare (cc. 1-0,64-0,40-0,2-0,15-0,1) si aggiungono cc. 5 d'una soluzione all'1 % di amido (amido solubile di Kahlbaum) e si mettono a bagnomaria o nel termostato a 40° per 24 h, indi in ciascuna provetta, riempita con acqua fredda fino all'orlo, si fa cadere una goccia di soluzione decinormale di jodio. Si avranno allora diverse colorazioni (giallo, giallo-rosso, violetto, bleu-oscuro), a seconda che contengano rispettivamente soltanto acrodestrina od eritrodestrina (colore giallo o giallo-rosso) o una miscela di eritrodestrina ed amido (violetto), ovvero amido non digerito (bleu scuro). Il calcolo si fa in base al numero di cc. della soluzione all'1 % di amido che saranno in 24 h trasmformati completamente in destrina da 1 cc. di fermento (*forza diastasica*).

3° DETERMINAZIONE DEL FERMENTO LIPOLITICO. — Si pratica, aggiungendo ad una serie di provette, contenenti una certa quantità di soluzione acquosa all'1 % di monobutirrina, dosi decrescenti del liquido in esame. Dopo 1 h di bagnomaria a 37° si titola, previa aggiunta di fenolftaleina, con liscivia di soda $\left(\frac{n}{10} \text{ o } \frac{n}{100}\right)$.

***

C) DETERMINAZIONE DEI FERMENTI PANCREATICI NELLE FECI:

1° *Fermento triptico.* Si centrifuga e si filtra attraverso una Berkefeld l'estratto di feci (1 : 5

o 1 :10 con soluzione di soda all'1 ‰), previamente alcalinizzato, e su tale estratto si fa la ricerca del fermento con uno dei metodi ricordati (*caseina, gliciltirosina, peptone serico*), ovvero col metodo della *gelatina* (s. Carpi), e precisamente: in tre serie di provette cc. 2 di gelatina (marca oro), fusa a calore moderato (soluzione al 3 % + fluoruro sodico in proporzione dell'1 % + dosi descrescenti di estratto idroglicerico di feci, diluite ad 1 : 2, 1 : 20 ed 1 : 200; lettura dopo 2 h,30' a 38° e 6 h-12 h di ghiacciaia. Questo metodo dà risultati attendibili ed è forse preferibile agli altri.

2° *Fermento diastasico e lipolitico.* — La ricerca di tali fermenti nelle feci non ha molto valore per la diagnosi della funzione pancreatica.

***

Steatorrea. — È un ottimo segno di lesione del pancreas. L'aspetto butirroso delle feci *grasse* è da riferire specialmente a grasso neutro e ad acidi grassi di basso punto di fusione. Il succo pancreatico esplica principalmente un'azione di saponificazione dei grassi, con successiva formazione di sapone neutro; questo, ad epitelio intestinale normale, viene assorbito sotto tale forma; dal sapone neutro così assorbito si riforma per sintesi il grasso nella cellula epiteliale.

Allorchè per una lesione del pancreas manchi il succo pancratico, non avviene più la saponificazione dei grassi, e quando questa si faccia per opera dei fermenti microbici nelle parti basse del tubo enterico, gli acidi grassi liberatisi, mancando l'alcali, che viene normalmente fornito dal succo pancreatico, non trovano più condizioni favorevoli per essere salificati e dare saponi neutri assorbibili. Per conseguenza, nelle feci si rinviene grasso neutro solo, e se vi fu saponificazione microbica, con acidi grassi.

La scarseza di saponi nelle feci ha dunque un gran valore per ammettere un difetto di succo pancreatico, e perciò per una lesione del pancreas (Zoja).

Microscopicamente il grasso neutro è riconoscibile in goccioline colorabili in nero con acido osmico ed in rosso con sudan III, e solubile in etere; gli acidi grassi in aghetti esili e ritorti, anch'essi solubili in etere e trasformabili col calore a 65° in goccioline di grasso neutro; i saponi in cristalli aghiformi, tozzi, corti, riuniti a fascetti o a covoni, insolubili in etere, a differenza degli acidi grassi liberi, e non trasformabili col calore (fino a 65°).

È noto che anche a pancreas normale si può avere una difettosa digestione del grasso, quando o non fluisca bile nell'intestino o pur fluendo in quantità normale, il grasso venga poco assorbito dalla mucosa intestinale, sia per alterazioni del mesenterio (come in alcune tabi mesenteriche), sia per ampia lesione dell'epitelio dell'intestino (come in alcune forme di anguillulosi). In tali casi il grasso si trova in grande quantità nelle feci, sotto forma principalmente di saponi acidi e di acidi grassi.

Queste feci, caratteristiche nelle itterizie da ostacolo delle vie biliari, sono impropriamente chiamate *acoliche*, mentre tale nome è da usare solo nei casi in cui non si riesca a mettere in evidenza bilinogeno. L'aspetto biancastro di tali feci è invece dovuto alla presenza di grasso sotto forma di saponi acidi, e perciò meritano il nome di feci *saponacee* (Zoja).

Azotorrea. — Come conseguenza della scarsa utilizzazione delle sostanze azotate, si avrà una forte emissione di azoto con le feci (fino al 70 % dell'azoto introdotto col cibo (Zoja, Salomon), mentre normalmente corrisponde al 5-6 %).

Amido nelle feci. — Per quanto la digestione degli idrati di carbonio nell'intestino, oltre che alla diastasi pancreatica possa essere dovuta ad altri fattori (ptialina, diastasi intestinale, germi) è certo che il trovare nelle feci molto amido non digerito, può far pensare ad una lesione pancreatica, specialmente quando si abbia ragione di escludere malattie intestinali e si rinvengano contemporaneamente all'esame microscopico delle feci molto grasso e fibre carnee con striatura evidente.

Glicosuria alimentare. — È noto come il pancreas esplichi un'azione regolatrice nel ricambio degli idrati di carbonio. Secondo molti AA., spetterebbe alle isole di Langherans (che nei diabetici possono trovarsi lese o scomparse) l'attivazione di un fermento (glicolitico), secreto dalle cellule dei tessuti, capace di scindere lo zucchero nell'organismo. Ma esistono casi gravi di diabete senza lesioni del pancreas, e viceversa. Ha tuttavia valore clinicamente, in rapporto ad una lesione pancreatica, la constatazione di glicosuria in seguito ad ingestione di gr. 100 di glucosio (*glicosuria alimentare*), come esponente d'un abbassamento del limite di assimilazione dello zucchero. (La *levulosuria alimentare* parlerebbe invece per una lesione della cellula epatica).

Adrenalinemia. — Ammesso un antagonismo funzionale fra pancreas e sistema cromaffine, ne segue che ogni qualvolta esista una lesione del pancreas, si abbia un'ipersecrezione del sistema cromaffine e quindi *adrenalinemia*.

Un buon metodo di ricerca dell'adrenalina nel siero di sangue è quello suggerito dal Commessatti: l'adrenalina reagisce di fronte ad una soluzione di sublimato corrosivo al 3-5 ‰ con una

tinta rossastra, evidente fino ad una soluzione di 1 : 2.000.000.

Glicosuria adrenalinica. — Per iniezione sottocutanea di 1 cc. di soluzione al millesimo di adrenalina può seguire glicosuria, in casi di insufficienza funzionale del pancreas, sopratutto se nello stesso tempo si fa ingerire al paziente del glucosio (Ghedini).

La somministrazione di estratti pancreatici sarebbe capace di diminuire tale glicosuria adrenalinica.

Midriasi adrenalinica. — L'instillazione congiuntivale di infermi con lesione pancreatica di qualche goccia d'una soluzione al millesimo di adrenalina provocherebbe, secondo Loewi, *midriasi.* Il fatto sarebbe così spiegato: il dilatatore della pupilla riceve fibre eccitatrici dal simpatico (la cui irritazione dà midriasi) e fibre inibitrici del simpatico, in rapporto col ganglio cervicale superiore (la cui estirpazione determina per conseguenza midriasi). Il pancreas presiederebbe, s. Loewi, alla inibizione del simpatico. Ciò posto, mentre in condizioni normali l'instillazione nella congiuntiva di adrenalina, che è uno stimolante del simpatico, non è seguita da midriasi, in casi di lesione pancreatica si avrebbe invece un'evidente midriasi, venendo a mancare l'azione inibitrice del simpatico. A questo segno non può tuttavia assegnarsi grande importanza potendo riscontrarsi in altre affezioni.

Reazione di Cammidge. — Secondo questo A., per una lesione del pancreas comparirebbero nelle urine dei cristalli aghiformi, un po' incurvati, riuniti a forma di covoni o di rosette, solubili in $H_2 SO_4$ al 33 % (in pochi minuti), i quali deriverebbero da una combinazione dell'acido glicuronico e di uno zucchero (pentosio) con la fenilidrazina. Per effetto della steatonecrosi dei tessuti, dovuta ad affezioni del pancreas, si avrebbe una scissione del grasso in acidi grassi e glicerina, donde la combinazione dei primi con gli alcali dei succhi dell'organismo od il loro deposito in sito ed il riassorbimento della glicerina, la quale si ritroverebbe poi nelle urine sotto forma di acido glicuronico; combinandosi quest'ultimo ed il pentosio (di origine pancreatica), con la fenilidrazina si formerebbero i suddetti cristalli.

Tecnica: 20 cc. di urina fresca, dealbuminizzata e priva di zucchero + 1 cc. di Hcl puro (D=1,16); ebollizione lenta per 10'; raffreddare e riportare con H_2O distillata a 20 cc. Aggiungere gr. 4 di acetato di piombo tribasico, scuotere e filtrare; allontanare le tracce di piombo con gr. 2 di solfato di sodio, far bollire e filtrare. Riportato il volume a cc. 18, aggiungere gr. 2 di acetato sodico, gr. 0,8 di cloridrato di fenilidrazina e cc. 1 di acido acetico al 5 %. Far bollire per 10' e filtrare a caldo. Precipitazione dei cristalli entro poche ore.

Le reazione di Cammidge, potendo aversi in diverse affezioni, non costituisce un segno diagnostico specifico d'una lesione pancreatica.

Assenza di indacano nelle urine. — Oltre quanto si è ricordato, può far pensare ad un'affezione del pancreas, in concomitanza delle prove fondamentali, l'assenza di indacano nelle urine (Morelli).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI COMACCHIO.

Una rara varietà di sarcoma del cavo popliteo

per il prof. AURELIO POGGIOLINI
chirurgo primario interino.

B. M..., di Angelo, anni 25, nubile, da Occhiobello (Rovigo). Non riferisce nulla di notevole dal lato ereditario e del gentilizio; nata a termine, presenta un'anamnesi remota negativa.

Cinque anni or sono, coricandosi, si accorse che non poteva flettere completamente la gamba sinistra sulla coscia e che in corrispondenza del cavo popliteo, esisteva un tumoretto, rotondo, del volume approssimativo di una noce, indolente alla pressione e nei movimenti dell'arto. La limitazione della flessione della gamba sulla coscia aumentò col volume del tumore, il quale, dopo un anno circa, raggiunse quello di un uovo di gallina.

L'I. fu operata nel giugno 1915 e non sa riferire nulla in riguardo alla natura del tumore asportato. Afferma la paziente, che, dopo un anno circa, nella stessa sede (non sa però precisare se nel mezzo o lateralmente nel cavo popliteo) era sorto un altro tumoretto, grosso come una noce, che andò aumentando fino al volume attuale e che per circa due anni e mezzo non determinò disturbi apprezzabili. Da 5-6 mesi la P. accusa stanchezza alla gamba sinistra nella deambulazione, molestia in corrispondenza della regione posteriore del ginocchio e difficoltà nella flessione della gamba sulla coscia. Per questi disturbi ha deciso di farsi operare.

L'esame obbiettivo generale non rivela niente di anormale, all'infuori di uno scarso sviluppo della muscolatura e del pannicolo adiposo.

L'esame obbiettivo locale rivela i seguenti fatti: in corrispondenza di *tutta* la regione poplitea sinistra, a *ginocchio esteso,* si nota una tumefazione a contorni ben netti, del volume di una testa di feto a termine, approssimativamente rotondeggiante nell'insieme, ma tutta cosparsa di bozze, pure rotondeggianti, di volume variabile fra quello di un cece e quello di una noce; la cute soprastante appare di colorito alquanto più scuro di quello circostante ed è solcata da grosse vene. *Nella flessione della gamba sulla coscia,* che non può mai avvenire completamente,

il tumore si infossa alquanto fra i muscoli che limitano la losanga poplitea, ma rimane assai sporgente. Non sono visibili pulsazioni, nè variazioni di volume e spostamenti « in totalità » della massa, in rapporto coi movimenti di estensione e di flessione della gamba. In questa la rete venosa è più abbondante ed ectasica che a destra.

Alla palpazione, si riscontra che la pelle, assai assottigliata e tesa, è di temperatura normale e mobile sul tumore, il quale subisce pulsazioni lievissime, soltanto nel senso antero-posteriore. La superficie della massa è irregolare per le bozze, già rilevate all'ispezione; la consistenza variabile: molle in alcuni punti, specialmente in corrispondenza delle bozze suddette; alquanto resistente, non dura però, in altri, specie nella parte centrale del tumore. Manca la fluttuazione. La massa è indolente, può essere spostata passivamente in tutti i sensi sul piano profondo del cavo popliteo, ma per brevissimi tratti, la cui misura non è in rapporto col grado di estensione e di flessione della gamba sulla coscia. Cercando di sollevare la massa sul piano profondo, non si riscontra traccia di peduncolo. Per ottenere i suddetti spostamenti, il braccio dell'osservatore deve compiere uno sforzo di discreta intensità.

Non esiste idrarto, nè altri fatti a carico della cavità articolare.

La percussione e l'ascoltazione locali non dànno risultati degni di nota.

La tonicità dei muscoli della gamba sinistra è alquanto minore che a destra.

I sintomi locali esistenti, fanno escludere con sicurezza le raccolte purulenti o tubercolari, ossifluenti o gangliolari o da osteomielite cronica del femore; l'ectasia della safena esterna e l'aneurisma popliteo; le affezioni a carico dei capi articolari e della cavità. Le cisti poplitee hanno superfici regolari e sono fluttuanti, spesso riducibili, per l'esistenza di un foro di comunicazione col cavo articolare, spesso si accompagnano ad idrarto, caratteri questi che mancano nel tumore in esame. Degli altri tumori che possono aver sede nelle parti molli del cavo popliteo, si possono escludere gli osteomi, gli encondromi, i fibromi, per la consistenza; i lipomi, perchè in questi esiste una consistenza più uniforme ed una struttura lobulata caratteristica. La forma del tumore, la consistenza, l'invasione delle parti molli adiacenti, la distensione della cute e l'abbondanza di vene ectasiche che la solcano, stanno in favore dell'ipotesi che si tratti di *sarcoma* ed il suo lungo decorso, poichè in 3 anni dopo la recidiva esso non ha oltrepassato il cavo popliteo e non ha invasa la pelle, non ha dato metastasi, fa pensare al tipo che ha sviluppo meno rapido e minore malignità, cioè al *sarcoma fusicellulare,* nel quale alcuni punti (quelli a consistenza molle) abbbiano subìto il processo di necrobiòsi; oppure si può pensare ed un *mixosarcoma*: infatti la malignità di quest'ultimo tipo, in cui la metastasi è rara e la generalizzazione è formata quasi esclusivamente dal tessuto sarcomatoso, sta in rapporto con la malignità di quest'ultimo tessuto.

Non credo si possa precisare da quali elementi del cavo popliteo abbia avuto origine il tumore, poichè quest'ultimo non appare peduncolato e i suoi limiti si confondono coi muscoli che delimitano la losanga poplitea; solamente, non presentando alcuna connessione colla cute, si può escludere che da questa derivi il neoplasma, il quale, secondo Reichel, Tillmann ed altri, può derivare dalle guaine vasali e dalle borse mucose.

La prognosi è riservata per la funzione e la nutrizione della gamba in causa della limitazione meccanica della flessione e per la compressione subìta dal fascio vascolare nervoso; è riservata anche perchè sono possibili le metastasi e la recidiva locale, dopo l'asportazione.

La cura non può essere che chirurgica: s'impone l'asportazione del tumore.

***

L'atto operativo fu eseguito il 15 luglio 1919, sotto narcosi morfio-eterea: si praticò un'incisione cutaneo-aponeurotica verticale, interessante il 1/3 inferiore della coscia e il 1/3 superiore della gamba nelle loro faccie posteriori; il tumore, aderentissimo alla faccia ed al fascio vascolare nervoso, con diligente distensione, fu isolato ed asportato completamente, senza incidenti di sorta.

Il *reperto anatomo patologico* confermò la diagnosi clinica:

Macroscopicamente, il tumore presentava il volume approssimativo di una testa di feto a termine, appariva bitorzoluto, diviso in vari lobi; le porzioni centrali erano di consistenza solida, non dura però, omogenea, lardacea, cosparsa di chiazze emorragiche, di varia estensione; le porzioni periferiche invece avevano consistenza semiliquida e, al taglio, presentavano concamerazioni cistiche di varia grandezza, ripiene di sostanza simile al muco, rossastra, viscosa. Fra i vari lobi si notava tessuto denso, resistente, fibroso.

L'esame microscopico del tumore (eseguito dal prof. Luzzatto, dell'Istituto di Patologia generale dell'Università di Ferrara) dimostrava in parecchi punti una evidente *struttura sarcomatosa*: vi si notavano infatti accumoli di abbondanti cellule fusate, disposte attorno ai vasi (la cui parete era sottilissima), con sostanza fondamentale scarsa, tenue, contenente poche fibrille, appena colorate in rosso dal van Gieson; qualche vena di grosso calibro presentava la parete

parzialmente sostituita da una proliferazione molto rigogliosa di cellule fusiformi. In altri punti era evidente la *struttura mixomatosa*, con cellule piuttosto rare, stellate, fusiformi e sostanza fondamentale tenuissima, amorfa. In altri punti si trattava di *linfagioma*: vi erano numerose figure di passaggio fra piccole cavità rivestite di endotelio ed a contenuto amorfo ed altre più grandi dello stesso aspetto. In altri tratti il neoplasma aveva l'aspetto di *emangioma*: era costituito da tessuto fondamentale, molto tenue, appena visibile, in cui si vedevano numerosi capillari sanguigni, molto sinuosi e spesso ramificati; vi erano anche accumoli di piccole cavità cistiche, a contenuto ematico. Istologicamente si trattava dunque di *emolinfangiomixosarcoma*.

***

L'esito fu la guarigione operatoria; purtroppo non possiamo esser certi che la guarigione sia duratura e che, in avvenire, non si manifestino e le seconda recidiva e le metastasi.

***

Questo caso clinico presenta due circostanze degne di nota: la prima si riferisce al decorso, assai lungo per il sarcoma; la seconda all'associazione del linfangioma con gli altri elementi che compongono il tumore. La vascolizzazione del mixosarcoma è generalmente abbondante e talora può essere esagerata, tanto che si è parlato di *mixosarcoma telangectasico* (Lécène, Proust, Tixier); io non ho trovato nella letteratura (e. Barbacci non ne parla nella sua opera sui Tumori) accenni dell'associazione dell'elemento linfangiomatoso col mixosarcomatoso ed emangiomatoso.

BIBLIOGRAFIA.

ZILLMANN. *Trattato di Patologia chirurgica.*
REICHEL. *Dal Trattato di Chirurgia del* BERGMANN, LÉCÈNE, PROUST, TIXIER. *Trattato di Patologia chirurgica.*

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

La fisiologia patologica della temperatura del corpo.

(A. MAYER. *Deut. Med. Wochensch.*, n. 50, 1919).

L'A. ha eseguite le sue ricerche su 17 individui, nei quali la temperatura era permanentemente subfebbrile, senza che una lunga osservazione clinica, aiutata da tutti i possibili mezzi diagnostici ausiliari, abbia potuto dimostrare in essi alcuna causa organica alla quale l'ipertermia si potesse riferire. Erano però tutti degli individui nervosi, gracili, irritabili, i quali presentavano note manifeste d'ipertirodismo. Nella curva termica giornaliera di questi ipertermici mancavano le oscillazioni fisiologiche. Gl'ipertermici si distinguevano dagli individui normali oltre che per questo carattere, anche per la notevole differenza di temperatura tra l'ascella umida ed asciutta, per le grandi oscillazioni nella differenza tra la temperatura ascellare e quella renale, per la facile reazione termica ai movimenti, e sopratutto per la esagerata reazione termica alla somministrazione parenterica di albumina.

Delle esperienze sul ricambio di 6 di questi ipertermici hanno dimostrato che la temperatura subfebbrile protratta per settimane non esercitava alcuna influenza sul ricambio; non fu mai possibile dimostrare un'aumentata distruzione di sostanze azotate. Il ricambio degli albuminoidi era anche quantitativamente normale. Queste osservazioni confermano l'opinione che l'aumentata distruzione di sostanze azotate constatabile in quasi tutti gli stati febbrili, non è una conseguenza diretta dell'alta temperatura del corpo. Un'indipendenza tra temperatura e ricambio è stata pure dimostrata da Pick nella « fièvre intermittente hépatique » nella quale il ricambio è diminuito nonostante la febbre. In nessuno degli ipertermici esaminati fu riscontrata un'iperglicemia; anche questa è adunque indipendente dalla temperatura del corpo. All'A. è riuscito di modificare la curva termica giornaliera di questi ipertermici, come pure quella d'individui normali, mediante delle stimolazioni ormoniche. La somministrazione di antitiroidina provocò negli ipertermici un abbassamento della temperatura, la comparsa delle oscillazioni giornaliere fisiologiche che prima mancavano, ed abolì l'esagerata reazione termica alla somministrazione paraenterale di albumine. Anche negli ipertermici trattati coll'antitiroidina il ricambio rimase normale. In quasi tutti i casi la somministrazione di

antitiroidina per 8 giorni accompagnata dall'idroterapia rimosse permanentemente l'ipertermia e l'anormalità della curva giornaliera. La temperatura degli individui normali venne pure modificata dagli stimoli ormonici: la somministrazione di adrenalina e di jodotirina provocò dopo qualche giorno un aumento permanente della temperatura, la scomparsa delle oscillazioni fisiologiche nella curva termica giornaliera, un aumento della reazione termica alla somministrazione paraenterale di albumina. Questi effetti scomparivano di solito rapidamente dopo la sospensione dell'adrenalina o della jodotirina, in alcuni casi però perduravano ancora per parecchio tempo. Degli effeti del tutto opposti a quelli ora descritti, si ottennero colla somministrazione di antitiroidina.

Tutti questi esperimenti dimostrano in modo abbastanza convincente che le oscillazioni fisiologiche nella curva termica giornaliera, molto più che dagli effetti calorici della digestione o dei movimenti dipendono dalle stimolazioni ormoniche che agiscono sul centro vegetativo situato nell'ipotalamo. La distruzione di tale centro mediante puntura del mesencefalo, trasforma come si sa l'omotermo in un poikilolotermo, abolisce le reazioni termiche od antitermiche provocate dalla somministrazione di adrenalina, rispettivamente di antitiroidina, ed abolisce l'azione termoregolatrice dei medicamenti vasomotori. Questo centro regola probabilmente in tono di tutto il sistema vegetativo. Nelle oscillazioni fisiologiche della curva giornaliera i cosidetti «rialzi» rappresentano probabilmente il ritorno alla temperatura normale, mentre gli abbassamenti si devono considerare l'esponente di una diminuzione del tono, esercitato dal sopra nominato centro vegetativo; diminuzione di tono che rappresenta una manifestazione dell'esaurimento del centro. Ad un aumentato tono del sistema vegetativo l'A. attribuisce molti degli stati subfebbrili in giovani completamente sani, alcuni casi di febbre isterica, e così pure le febbri pretubercolari.

Secondo l'A. (egli si basa sugli effetti farmacologici da lui ottenuti coll'uso dell'antitiroidina) anche lo stato subfebbrile degli ammalati di tubercolosi ganglionare, sarebbe l'esponente di un'ipereccitabilità vasomotoria costituzionale, più che una conseguenza diretta dell'infezione ed intossicazione tubercolare. L'A. è riescito pure ad abbassare mediante somministrazione di antitiroidina la temperatura in ammalati di diversi processi febbrili, diminuendo in tal modo in essi l'azione dannosa vasomotoria delle temperature molto elevate.

POLLITZER.

MEDICINA.

Indicazioni e controindicazioni delle iniezioni endovenose.

(N. FIESSINGER. *Journal des Praticiens*, 1919, nn. 45, 46, 48).

La terapia endovenosa, che qualche anno fa era un modo di somministrazione poco usato, per timore di incidenti e perchè la tecnica sembrava difficile, va acquistando sempre maggiore importanza e diffusione. Iniettato nelle vene, il medicamento agisce in modo più rapido, massivo. La medicazione endovenosa ha quindi il carattere di urgenza; essa inoltre non provoca dolore; talvolta poi il medicamento introdotto per la via delle vene agisce in modo differente che introdotto per altre vie, come è p. e. il caso per i metalli colloidali.

Gli inconvenienti delle iniezioni endovenose consistono anzitutto nelle difficoltà tecniche, che sono trascurabili nella maggior parte dei casi. Accade talvolta che non si vedono le vene specialmente nei soggetti grassi; la puntura si farà solo qualche minuto dopo l'applicazione del laccio, cercando la vena con la pressione leggera dell'indice e dirigendo l'ago sotto il controllo tattile. Se le vene sono molto piccole, si potrà riuscire meglio con un ago molto sottile; in caso di infiltrazione edematosa, si cercherà di scacciarla con una pressione prolungata.

Gli incidenti che possono seguire l'iniezione endovenosa sono locali o generali.

I primi consistono specialmente in una falsa strada: l'iniezione paravenosa è dolorosa e può provocare edemi, flebiti, escare. Per evitarle bisogna ricordarsi che la pressione sullo stantuffo deve essere debole ed uniforme; nell'iniezione interstiziale, invece, bisogna esercitare una pressione più forte per distendere i tessuti; in tal caso si forma a lato della vena una piccola bolla, che non si osserva mai con l'iniezione endovenosa; si deve arrestarsi a tempo e fare l'iniezione all'altro braccio. Quando l'iniezione paravenosa è minima, non si provoca mai flebite.

Gli incidenti generali consistono specialmente nella crisi emoclasica (forte brivido con rialzo termico) che è, si può dire, costante con iniezioni colloidali; essa va tenuta presente per non usare tale presidio terapeutico in ammalati con dubbia resistenza cardiaca (tachicardia a 120, ipotensione arteriosa, rumore di galoppo, smorzamento dei toni cardiaci), o affetti da ittero o da albuminuria. Talvolta si sono anche osservate morti improvvise; sopratutto in caso di iniezioni di metalli colloidali, si incominci con lo

iniettare piccole dosi, e si proceda assai lentamente.

L'A. non ha mai osservato alcun inconveniente consecutivo all'iniezione accidentale di una piccola bolla d'aria. Ad ogni modo, questo errore di tecnica va evitato.

MEDICAMENTI CHE SI INTRODUCONO PER VIA ENDOVENOSA.

Tartaro stibiato. — Usato nella tripanosomiasi. (Tartaro stibiato g. 10, cloruro di sodio g. 6; acq. dist. g. 100; 10 cmc. ogni giorno per due settimane: ricominciare dopo l' interruzione di 3-6 settimane).

Arsenobenzoli. — Oltre il salvarsan, il galyl (che si discioglie in soluzione di carbonato di sodio) ed il novarsenobenzol, che ha il vantaggio di usarsi a dosi concentrate ed in piccolo volume. Possono verificarsi incidenti diversi (crisi nitritoidi, convulsive, sincopi), per cui è consigliabile di non praticare le iniezioni ambulatoriamente e di far riposare l'ammalato per un paio d'ore.

Sali di mercurio. — Generalmente usati per via endomuscolare, possono essere indicati per iniezioni endovenose nei casi in cui si tratta di sifilide molto grave, oppure tenace e ribelle, oppure quando le iniezioni endomuscolari provocano nodosità eccessivamente dolorose. Si usa il cianuro di mercurio (1/100), iniettandone da centimetri cubi 0.5 a 1, 1.5, 2 ogni giorno; talvolta si manifestano coliche e diarrea sanguinolenta, fenomeni che possono essere prevenuti prendendo estratto d'oppio (2-5 pillole da 1 cg.).

Il sublimato è stato consigliato da Baccelli nel reumatismo articolare acuto.

Bicarbonato di sodio. — Usato nel trattamento del coma diabetico. (Bicarbonato di sodio g. 30; cloruro di sodio g. 7; acq. dist. 1 litro; iniettarne 1/2-1 l. a 38°, impiegando 1/2 ora per un litro). Il bicarbonato di sodio è altresì indicato nello *shock* traumatico (al 2 % in soluzione di gomma al 6 %), nell'intossicazione acida della spleno-polmonite dell'influenza.

Urotropina. — Usata con successo nell'influenza, nelle tifoidi gravi (g. 2 in 8 cmc. di acqua dist., da iniettarsi in una giornata, per 4-5 giorni di seguito).

Chinino. — Negli accessi di malaria grave, con la formola Gaglio (Cloridrato di chinino cg. 40; uretrato cg. 20; acq. dist. g. 1); ed anche usata da qualcuno nell'influenza.

Medicamenti cardiaci. — La strofantina e la ouabaina sono di effetto incostante e vanno maneggiate con somma prudenza, poichè possono provocare inconvenienti anche a dose di mezzo milligrammo. Fra i preparati a base di digitale, l'A. consiglia di dare la preferenza alla digitalina cristallizzata (cinque-dieci goccie della soluzione alcoolico-glicerica in 2 cmc. di acqua distillata). Tale medicamento riesce molto efficace nei casi in cui si deve agire presto ed energicamente; esso non presenta inconvenienti.

Peptone. — Nella tifoide, nelle setticemie da streptococco e da stafilococco, si fanno iniezioni di 8-10 cmc. della soluzione al 10 %; tali iniezioni sono seguite da violenti brividi con innalzamento della temperatura, che si abbassa dopo qualche ora.

Sieri e vaccini. — I sieri si introducono per via endovenosa in casi in cui la situazione è disperata ed è necessario agire rapidamente; nella difterite maligna ipertossica (diluendo con due parti di siero fisiologico), nel tetano, nella meningite cerebro-spinale, ecc. Per evitare disturbi anafilattici, si inietta dapprima 1 cmc. di una soluzione di 5 cmc. del siero con 50 di soluzione fisiologica: dopo 5 minuti, 3 cmc., dopo altri 2 minuti, 10 cmc.; si può allora iniettare l'intera dose del siero non diluito (20-40 cmc.).

Nel vaiuolo, nel dermotifo, nell'influenza si è tentata l'iniezione del siero di convalescenti, nella tifoide, quella del plasma. Poco usata è la vaccinoterapia endovenosa, che talvolta (setticemie da streptococchi, dissenteria) ha dato risultati favorevoli.

Molto utili riescono le iniezioni endovenose di siero artificiale, negli interventi d'urgenza, in seguito a grandi perdite di sangue, quando la tensione arteriosa è caduta rapidamente. Si iniettano 500 cmc. di soluzione di cloruro di sodio all'8 ‰, con l'aggiunta eventuale di 20 goccie di cloridrato d'adrenalina all'1 ‰ e 5 cg. di solfato di sparteina. Il siero all'adrenalina è assai giovevole, anche negli stati infettivi con collasso ed ipotensione, nell'accesso pernicioso algido. Sono pure usati i sieri ipertonici (glucosio al 20-30 %) che provocano violenta reazione emoclasica, e che vanno usati con prudenza negli individui con lesioni renali.

I *metalli colloidali* si iniettano negli stati infettivi; come si è accennato, questi rimedi, per la violenta crisi emoclasica che provocano, vanno maneggiati con somma prudenza, incominciando ad introdurne piccole quantità (1 cmc.) ed evitandone l'uso se il cuore è debole, se il fegato ed il rene non sono integri. Talvolta si assiste, mediante essi, a vere risurrezioni, tal'altra ad accidenti mortali.

L'*olio canforato* va escluso dalla via endovenosa.

fil.

CHIRURGIA.

Stasi intestinale cronica.

Indicazioni operatorie secondo sir Arbuthnot Lane.

(V. PAUCHET. *Journal des praticiens*, n. 17 26 aprile 1919).

V. Pauchet ha rivolto le seguenti domande a Lane:

1. Bisogna operare tutte le stasi intestinali croniche o trattarne qualcuna medicalmente?

2. Se vi ha indicazione operatoria, si possono praticare ancora le piccole operazioni (sezione di briglie, pieghettamento del cieco, riduzione di inginocchiature), o non vi sono altre operazioni all'infuori dell'ileo-sigmoidostomia o della colectomia?

3. Poichè l'ulcera duodenale e gastrica coincide spesso con la stasi intestinale cronica, che ne costituisce frequentemente la causa prima, bisogna, quando si opera su uno stomaco, ricercare sistematicamente sul resto dell'intestino, le inginocchiature, le briglie e le aderenze che la determinano? È necessario completare l'operazione gastrica o biliare con un intervento intestinale che sopprima la inginocchiatura? In tal caso, quale è l'operazione di scelta?

4. Dopo la ileo-sigmoidostomia, bisogna quasi sempre fare la colectomia totale secondaria, perchè, in seguito a questo intervento, si produce il riflesso di materie verso il cieco. I fenomeni d'intossicazione generale persistono parzialmente; la colectomia secondaria, li sopprime completamente o quasi. Perchè non fare senz'altro la colectomia completa? Bisogna dunque rinunziare alla ileo-sigmoidostomia?

5. Quale è l'indicazione precisa fornita dai raggi X, dal punto di vista delle indicazioni operatorie?

Sir Arbuthnot Lane ha dato in sostanza le seguenti risposte:

1. Per scegliere fra il trattamento medico e la operazione bisogna tener conto:

a) delle modificazioni anatomiche del tubo digestivo che producono la stasi;

b) dei disturbi generali e funzionali che questa stasi produce. Se essi sono moderati, e tali sono finchè la stasi non ha raggiunto la valvola ileo-cecale, vale a dire finchè è limitata al grosso intestino, bisogna provare il trattamento medico: assorbimento di paraffina prima dei pasti, buona cintura ipogastrica, decubito dorsale dopo i pasti, ginnastica addominale e massaggio, regime alimentare severo, vita igienica, uso degli alcalini o del bismuto in caso d'iperacidità gastrica. Spessissimo questi mezzi bastano.

2. In caso di stasi ileale prodotta da una briglia sierosa (inginocchiatura prececale di Lane) è sufficiente sopprimere l'ostacolo che l'ha determinata? In altri termini, se la laparatomia fa constatare, sugli ultimi centimetri dell'ileo, un'inginocchiatura prodotta sia da una briglia peritoneale sia da un'appendice verticale e tesa, basta tagliare la briglia o sopprimere l'appendice, oppure è necessario ricorrere alla colectomia o alla ileo-sigmoidostomia?

Il chirurgo dovrà esaminare lo stomaco, il duodeno e l'angolo duodeno-digiunale. Si vedrà per lo più la seguente combinazione: duodeno dilatato, angolo duodeno-digiunale esagerato e inginocchiatura dell'ileo terminale, ostruzione causata dalla « controlling-appendix » (appendice-ostacolo), oppure da « l'iléal-kink » (inginocchiatura terminale dell'ileo).

L'ostacolo esercitato da queste due produzioni anatomiche è al disopra del trattamento medico. La diagnosi può essere fatta clinicamente e con l'aiuto dei raggi X. Il soggetto presenta disturbi dispeptici, nausee, dolori addominali moderati; la pressione della fossa iliaca fa riconoscere un impastamento e sopratutto una sensibilità dovuta al fatto che la fine dell'ileo è ipertrofizzata e infiammata. L'esame radioscopico sarà fatto da un radiologo competente, che osserverà, con più prove prese a intervalli determinati, il passaggio del bismuto attraverso l'intestino. Bisogna che il radiologo sia non solamente pratico nella sua specialità, ma che assista a degl'interventi chirurgici, per sapere ciò che il medico e il chirurgo reclamano da lui.

Tutte le volte che la radioscopia fa constatare la stasi ileale bisogna operare; il trattamento medico è inutile.

Se il chirurgo constata, nel corso di un'operazione gastrica o biliare, un ostacolo ileale, netto, evidente, come la « contrilling-appendix » o una briglia di Lane, basta rimuovere l'ostacolo, poichè ciò può bastare per far scomparire i disturbi intestinali.

3. Poichè l'ulcera duodenale o gastrica è la conseguenza abituale della stasi intestinale cronica, bisogna trattare lo stomaco o l'intestino? Bisogna trattare nello stesso tempo l'uno e l'altro?

Quando esiste un'ulcera dello stomaco o del duodeno, bisogna fare una gastro-enterostomia in caso di ulcera duodenale, e una termo-cauterizzazione dell'ulcera seguita da gastro-enterostomia in caso di ulcera gastrica.

Quando lo stomaco e il duodeno sono dilatati, quando il duodeno è parzialmente bloccato da un'inginocchiatura duodeno-digiunale acuta, inginocchiatura così acuta che la liberazione della

inginocchiatura ileale sembra non dover essere sufficiente per raddrizzare l'angolo duodeno-digiunale; quando i fenomeni d'ipercloridria fanno supporre che in seguito si potrà produrre un'ulcera peptica dello stomaco o del duodeno, e finalmente un cancro, bisogna fare un'operazione gastrica e liberare nel medesimo tempo l'intestino.

La gastro-enterostomia è legittimata anche senza ulcera, se il duodeno è fortemente dilatato e l'angolo duodeno-digiunale molto acuto.

La maggior parte dei chirurgi, in caso di ulcera gastrica o duodenale, non pensano che a fare un'operazione gastrica (gastrectomia o gastro-enterostomia) ed ottengono effettivamente dei vantaggi: lo stomaco si vuota meglio, i fenomeni dolorosi o dispeptici scompaiono, ma i disturbi addominali o generali non si modificano tutti. Infatti, con l'ulcera duodenale o gastrica coesiste la stasi ileale produttrice d'auto-intossicazione; e questa stasi, questa intossicazione cronica non scompaiono se non si rimuove « l'iléal kink ».

Il radiologo, guida e collaboratore del chirurgo, deve rispondere ai seguenti quesiti: Lo stomaco si vuota normalmente? Vi è ritardo nel vuotarsi? L'angolo duodeno-digiunale è acuto ma riducibile? È fissato da aderenze? Vi è inginocchiatura e briglia sierosa in corrispondenza dell'ileo terminale? Quanto tempo dura il passaggio nell'ileo terminale, nel cieco e nel trasverso?

La prova che i chirurgi ignorano la patogenesi e l'origine meccanica dell'ulcera gastro-duodenale è che alcuni hanno immaginato una gastro-duodenostomia che anastomizza due porzioni distese del tubo digestivo, a monte della parte ostruita che è l'angolo duodeno-digiunale.

In caso di colecistite con o senza calcolo, l'operatore deve sapere che l'infezione delle vie biliari è il più delle volte la conseguenza della stasi intestinale cronica. Sarà dunque necessario di esaminare il luogo d'elezione delle inginocchiature intestinali per sopprimerle all'occorrenza.

4. Bisogna, in caso di stasi intestinale cronica, tagliare semplicemente le aderenze, ridurre le inginocchiature, praticare una ileo-sigmoidostomia o fare la colectomia?

La colectomia è indicata nei seguenti casi:

Costipazione ostinata, richiedente l'uso quasi costante di lassativi e di clisteri;

Depressione generale fisica e mentale: cefalee tenaci e frequenti, nevralgie, emicranie, la frigidità sessuale così comune nelle donne affette da stasi intestinale cronica;

Mammite cronica, frequentemente predisponente al carcinoma;

Disturbi cardiovascolari, d'origine tossica;

Stati patologici vari d'origine tossica o infettiva: reumatismo deformante, morbo di Raynaud, di Still, di Bright, di Addison, tubercolosi articolari, ecc.;

Stasi ileale, constatata alla radioscopia.

Quando si parla di colectomia, vuol dire colectomia totale, fino a metà del colon pelvico e ciò allo scopo di evitare il ristagno delle materie e quindi la persistenza della costipazione.

Dopo la colectomia, la convalescenza è relativamente rapida e il morale torna alto abbastanza presto, ciò che dimostra come le tossine intestinali influenzino sfavorevolmente il cervello.

Si vedono donne tristi, depresse, tornare in qualche settimana felici, gaie e « viventi ».

Riassumendo, l'indicazione della colectomia è fornita più dai segni d'auto-intossicazione dovuta alla stasi che dalla rara frequenza delle deiezioni alvine.

Alle indicazioni precedenti Pauchet aggiunge che per un gran numero di casi di enteriti croniche e di coliti ulcerose è il solo trattamento, e che in casi di volvolo cronico o diverticolite, di cancro, è più sicuro, più facile, di togliere la totalità del grosso intestino, che un segmento di questo; i rischi operatori non sono affatto più elevati e le probabilità di guarigione definitiva o completa sono infinitamente più grandi.

Quale conclusione si può trarre dalle indicazioni precedenti?

1. In tutte le affezioni addominali, disturbi digestivi, e in un gran numero di stati morbosi cronici, bisgna pensare alla stasi intestinale cronica e ricorrere alla radioscopia per confermare la diagnosi.

2. Quando un radiologo esamina lo stomaco o il fegato, deve sempre fare l'esame di tutto il tubo intestinale e fare non una radiografia ma una serie di prove radioscopiche, separate da intervalli di 12 o 24 ore. Egli dovrà indicare al chirurgo la durata del passaggio del bismuto nel tubo digestivo; se l'ultima ansa del tenue è visibile e quale è la durata della stasi nel cieco e nelle diverse parti del grosso intestino.

3. Bisogna operare: *a*) se l'ansa dell'ileo è visibile; *b*) se, con la stasi intestinale cronica, coincidono fenomeni d'auto-intossicazione; *c*) se la stitichezza ostinata non cede al trattamento medico, fisico e dietetico.

4. Nel corso di ogni operazione sull'appendice, sullo stomaco o sul fegato, il chirurgo guarderà se esistono inginocchiature intestinali, dilatazione duedonale, un angolo digiunale, una inginocchiatura dell'ileo di Lane, l'agglutinazione dei colon ascendente e discendente al trasverso. Se si constatano lesioni simili, bisogna liberare le

anse intestinali, salvo poi a rioperare se i fenomeni persistono.

5. L'operazione tipica per la stasi intestinale cronica è la colectomia totale; tuttavia, siccome quest'operazione è grave, nei malati fortemente intossicati, si potrà farla in due tempi. Praticare dapprima una ileo-sigmoidostomia e qualche mese più tardi fare una colectomia secondaria. Questa colectomia secondaria è benigna.

B. MASCI.

La stitichezza abituale dal punto di vista pratico.

Sintesi di nozioni recenti sulla stasi intestinale cronica.

(S. CHAUVET, *Gazette des Hôpiteaux*, n. 32).

La stitichezza, nei trattati, è generalmente divisa in stitichezza parziale e stitichezza totale,

La stitichezza parziale è a sua volta divisa in: 1° stitichezza qualitativa; 2° stitichezza quantitativa; 3° stitichezza rispetto all'orario.

Quanto alla stitichezza totale, le si riconoscono abitualmente tre tipi: 1° il tipo spasmodico; 2° il tipo atonico; 3° il tipo rettale.

1. *Stitichezza qualitativa*. — Normalmente le materie fecali devono avere una consistenza molle ed essere modellate. In caso di stitichezza qualitativa sono secche e dure, ciò che indica un prolungamento di soggiorno nell'intestino crasso. Esse si presentano ora sotto forma di pallottoline più o meno voluminose (scibali), ora sotto forma di piccole palle, analoghe alle materie fecali delle pecore (feci caprine), ora infine a nastro.

2. *Stitichezza quantitativa*. — Si ha stitichezza quantitativa allorchè i malati, pur andando regolarmente di corpo, non vuotano completamente l'intestino, non evacuano la quantità media di materie fecali che devono smaltire giornalmente, non espellono insomma che la parte esuberante. Questa forma di stitichezza è quella che passa più facilmente inavvertita.

3. *Stitichezza rispetto all'orario*. — È caratterizzata da che lo spazio che separa le evacuazioni è aumentato; si ha rarità di vuotamento dell'alvo (ogni 3-4 giorni).

4. *Stitichezza spasmodica, totale*. — In parecchi casi le feci sono costituite da palle dure, caprine o si presentano sotto l'aspetto di materie filiformi o a nastro, tutt'al più del calibro del mignolo. Queste materie non sono espulse che a stento, dopo numerosi falsi bisogni seguiti da eliminazione di piccoli frammenti di materie fecali. I malati hanno il ventre duro, difficile ad esplorarsi: quando si arriva a far rilasciare la parete addominale, si percepisce il colon sensibile alla palpazione su tutta la lunghezza del suo tragitto, sopratutto agli angoli colici; esso dà l'impressione di una corda, di una specie di tubo un po' rigido, particolarmente il colon discendente. Il cieco è dilatato, gorgogliante, qualche volta ingombrato di materie; il colon discendente e il sigma sono ancora pieni di materie dure che si sentono rotolare sotto le dita.

5. *Stitichezza atonica totale*. — In parecchi casi le feci sono abbondanti, piuttosto umide, emesse in massa, ma a lunghi intervalli, sotto forma di sanguinaccio voluminoso o di scibalie gualmente voluminose. Il ventre non è doloroso come nella forma precedente; è piatto e si lascia palpare facilmente. Il colon ha una consistenza molle, pastosa, qualche volta difficilmente differenziabile dagli organi vicini. Nella fossa iliaca sinistra si trova il colon discendente pieno di materie che si schiacciano sotto la pressione delle dita. Questa forma di stitichezza si accompagna spesso a meteorismo.

6. *Stitichezza rettale totale*. — È dovuta allo accumulo di materie fecali nell'ampolla rettale, la quale, in un soggetto normale, deve essere vuota, tranne nelle ore che precedono la defecazione. È sopratutto in questa forma che bisogna praticare l'esplorazione rettale: si percepisce allora che l'ampolla rettale è ingombrata di feci in modo permanente, che essa ha perduto una parte della sua sensibilità normale e che qualche volta si ha uno spasmo accentuato dello sfintere anale.

Tale è la descrizione classica delle differenti forme di stitichezza. In realtà basta esaminare i differenti tipi di costipati, clinicamente e sotto il controllo di esami radiologici praticati a più riprese (di 6 in 6 ore), per accorgersi che questa descrizione classica non risponde alla clinica giornaliera. Essa è nello stesso tempo troppo semplice e troppo complicata.

Troppo semplice, perchè le stitichezze totali, per esempio, non possono essere classificate così schematicamente in stitichezza spasmodica, atonica o rettale. Allorchè si crede, per esempio, di avere a che fare con un tipo spasmodico, si resta meravigliati, se si fa esaminare il malato radioscopicamente, di constatare che spessissimo lo spasmo non esiste o non esiste che irregolarmente e di vedere che la stitichezza è dovuta a tutt'altra cosa, come, per esempio, una inginocchiatura o una deviazione dell'intestino.

Troppo complicata nel senso che clinicamente la stitichezza si presenta essenzialmente sotto due tipi:

1° Ora la stitichezza abituale è evidente. Si tratta di malati che vanno di corpo ogni 3-4 giorni, con emissione di feci dure, difficili ad espellersi e solo con un clistere provocatore o con un lassativo.

2° Ora la stitichezza è latente, qualunque ne sia la causa: atonia, spasmo o qualunque delle numerose cause possibili di stitichezza svelabili alla radioscopia. In parecchi casi si tratta di malati che vanno di corpo tutti i giorni e che non si ritengono affetti da stitichezza, nei quali invece i numerosi disturbi generali che possono presentare sono dovuti a questa stasi fecale ignorata. Perchè bisogna sapere che, pur andando di corpo tutti i giorni, si può andare soggetto alla stasi fecale con intossicazione stercoremica di tutto l'organismo. Si ha stasi fecale sia quando l'ammalato non evacua regolarmente tutti i giorni che la parte eccessiva del suo intestino, sia quando, pur avendo quotidianamente una scarica assolutamente normale come quantità, non evacua le sue materie che troppo tardi, dopo un soggiorno troppo lungo nell'intestino.

È evidente che, dal punto di vista dell'evacuazione delle materie fecali, nulla attira l'attenzione su questa forma particolare di stasi intestinale. Per scoprirla, bisogna conoscere i disturbi generali provocati dalla stercoremia e ricercarla a partito preso studiando il modo di funzionare dell'intestino con un esame radioscopico praticato a più riprese.

Quando si ha a che fare con una stitichezza evidente, l'esame radiologico non serve a porre la diagnosi, ma rischiarirà sulla modalità di stitichezza con cui si ha a che fare e ne indicherà la causa. Per conseguenza solo quest'esame radiologico permetterà di istituire un trattamento logico, perchè basato sulla causa etiologica. Quando, al contrario, la stitichezza non sarà evidente, lo esame radiologico permetterà di stabilire se vi ha stasi fecale per ritardo dell'evacuazione intestinale e qual'è la causa di questa stasi fecale.

In tutti i casi perciò deve essere praticato lo esame radiologico dell'intestino. Si farà prendere al malato, senza purgarlo precedentemente, una pappa bismutata di cui si seguirà l'evoluzione di 6 in 6 ore; se c'è bisogno, si completerà l'esame con un clistere bismutato. Si ammette con Hertz che, normalmente, il bismuto deve arrivare dopo 4 ore e mezza nel cieco. Dopo 6 ore e mezza deve essere nei pressi dell'angolo colico destro. Dopo 8 ore verso il mezzo del colon trasverso; dopo 9 ore presso l'angolo splenico; dopo 12 ore nella fossa iliaca sinistra e, infine, arrivare nell'ampolla rettale verso la 18ª ora. Ora se, pur andando di corpo tutti i giorni ed evacuando una quantità normale di feci, un individuo impiega 36, 42, 44 ore per far progredire le materie fecali attraverso l'intestino crasso, vi ha stasi intestinale che permette alle pareti dell'intestino crasso di riassorbire le tossine contenute nelle materie fecali e la persona si trova per conseguenza sotto l'azione di una stercoremia che può determinare disturbi generali più o meno gravi.

L'esame radiologico dell'intestino dimostra non solo l'esistenza della stasi fecale ma anche la maniera di comportarsi della motilità dell'intestino e in particolare il funzionamento dei centri di motilità, in certo qual modo autonomi, che sono scaglionati lungo l'intestino e sono il punto di partenza dei movimenti peristaltici automatici di esso intestino. Si sa che questi segmenti contrattili, autonomi, sorta di « cuori intestinali » secondo l'espressione di V. Pauchet, si riscontrano in 5 punti: 1° nel piloro; 2° sulla seconda porzione del duodeno; 3° sulla fine dell'ileo, presso la sua imboccatura nel cieco; 4° sulla metà destra del colon trasverso (Case); 5° all'unione sigmo-rettale.

L'esame radiologico, infine, informerà sull'esistenza o non di movimenti retrogradi del colon.

B. MASCI.

TECNICA.

I metodi di ricerca della spirocheta pallida.

Oelze (*Münch. med. Woch.*, n. 38, 1919) ricorda al medico pratico i vari metodi per la ricerca della spirocheta nel materiale sieroso sospetto sifilitico, prelevato con le solite cautele dall'ulcera iniziale, dalle manifestazioni cutanee e mucose o dalle ghiandole (puntura di Hoffmann).

Esame al paraboloide. È necessaria l'assoluta assenza di pulviscolo dal porta-e dal coprioggetti, come di bollicine d'aria nel preparato o nella goccia d'acqua posta fra il vetrino ed il condensatore (non occorre qui olio di cedro, poichè si esamina un preparato montato in mezzo acquoso). Una lampada Nernst fornirà una luce meno intensa ma più fissa di quella dell'arco; il quale presenta poi l'inconveniente del frequente rinnovo dei carboni. Il treponema di Schaudinn si distinguerà agevolmente dalle altre spirochete; meno agevole e praticamente più importante è la differenziazione dalla *S. refringens*, a meno che — come spesso accade — essa coesista con la *S. pallida*. La prima ha un maggior spessore, aspetto abbagliante, le estremità a becco, movimenti rapidissimi, spire mutevoli, scarse, larghe, frequenti arresti seguiti da vertiginose corse in senso opposto. La seconda è invece straordinariamente sottile, poco luminosa, filiforme. Nello spostarsi conserva la sua forma, è piuttosto rigida, raramente s'inflette, si muove più lentamente (l'A. la paragona alla sacra lancia del Parsifal!), uniformemente, senza cambi di direzione. Da ferma, presenta oscillazioni pendolari delle due estremità, contemporaneamente a destra e a sinistra, mentre il corpo rimane im-

mobile. Quanto alla regolarità comunemente attribuita alle sue spire, va notato che un esame accurato coi mezzi più potenti dimostra che esse sono assai irregolari, sia per altezza che per larghezza.

Analoga alla *S. refringens* nei suoi movimenti è la *S. dentium*.

Metodi dell'inchiostro di China e della Cianochina. Analogamente all'esame ultramicroscopico, rendono la spirocheta visibile come corpo chiaro su fondo scuro.

Per primo metodo, si mescola ben bene la goccia di siero raccolta sull'orlo del porta-oggetti con una goccia d'inchiostro di China (Grübler), poi si eseguisce lo striscio o meglio si distende con l'ansa di platino la goccia sul vetrino, per non sparpagliare troppo le spirochete. Schäffer stesso rileva la difficoltà notevole di differenziarle con tal metodo.

Il metodo della Cianochina Grübler (proposta da Eisenberg, ottenuta mescolando bleu di China e cianosina) dà un fondo più omogeneamente oscuro, *bleu foncé,* in cui le spirochete spiccano come spirali nitide, bianchissime.

Metodo del Fontana. È il metodo ideale per gli strisci, purchè si tenga presente che le spirochete appaiono più larghe del normale. Si pratica diluendo con altrettanta acqua il materiale, facendo lo striscio, asciugando all'aria e versandovi 10-15 goccie della soluzione: ac. acetico cc. 1, formolo 40 % cc. 2 in 100 d'acqua stillata, e rinnovandola 3-4 volte in un minuto. Si sciacqua per qualche secondo in acqua corrente, poi si mordenza con: acido fenico gr. 1, acido tannico gr. 5 in 100 d'acqua stillata, riscaldando leggermente, finchè si sollevano vapori (20 secondi circa), poi sciacquando per mezzo minuto in acqua corrente. Da ultimo si tratta col preparato d'argento (nitrato arg. gr. 0,25, acqua stillata 100, ammoniaca liquida q. b.), la cui efficacia dipende dalla giudiziosa aggiunta dell'ammoniaca. Per ciò fare, si pongono in una provetta 1-2 cc. della soluzione argentica e vi si aggiunge cautamente a gocce l'ammoniaca; si forma un precipitato, che, continuando l'aggiunta d'ammonicaca, si ridiscioglie: la soluzione è così troppo alcalina, e qualche goccia di nitrato riporta ad una opalescenza tenue lattea. È il punto esatto. La soluzione si versa subito sul preparato, riscaldandolo di nuovo leggermente; si sciacqua, si asciuga, si monta in balsamo o si osserva semplicemente in olio di cedro, senza coprioggetti.

Metodo di Giemsa. È la colorazione elettiva per eccellenza della spirocheta di Schaudinn, che appunto appare pallida, debolmente colorata, mentre le altre varietà appaiono intensamente colorate, piuttosto violacee. Lo striscio si fissa quindici minuti in alcool scrupolosamente assoluto (opp. in alcool metilico o in formalina); la fissazione si può evitare se nello striscio non v'è sangue e si opera con molta precauzione. Per due preparati, si aggiugono in una provetta a 5 cc. d'acqua stillata rigorosamente neutra 5 gocce di Giemsa, agitando leggermente la provetta, senza scuoterla, versando immediatamente il liquido sul portoggetti e lasciandovelo 10-30-50 minuti. Lavaggio con forte getto d'acqua distillata, essiccamento all'aria (non al calore!), balsamo neutro.

Più rapidamente, col fissatore-colorante di Giemsa (Grübler) usando l'apposita vaschetta di vetro Zeiss: sul preparato asciugato all'aria, si versano 12-15 gocce della soluzione e, dopo un minuto circa, vi si aggiunge la diluizione di 10 gocce di Giemsa in 10 cc. d'acqua stillata, come sopra: si fanno mescolare ben bene, si lasciano 10 minuti, poi si sciacqua, ecc. Non sarà mai ripetuto abbastanza che il metodo Giemsa esige scrupolosa pulizia dei vetri, esclusivamente ad esso riservati. Tracce di acidità nell'acqua stillata compromettono la colorazione, onde sarà bene accertarsene così: aggiungendo a mezza provetta d'acqua stillata 2-3 granuli d'ematossilina, la soluzione giallo-pallida non deve mutarsi in viola nè prima d'un minuto nè oltre i cinque: se tarda, s'aggiunge cautamente del carbonato di soda 1 %; se anticipa, l'acqua stillata non può esser usata. In genere, è meglio aggiungere all'acqua usata per la colorazione delle spirochete 5-10 gocce di carbonato sodico 1 ‰.

Metodo Shmanine. Serve anche per le spirochete da cultura. Si fissa lo striscio alla fiamma o meglio in alcool metilico, facendovi poi cadere 10-15 gocce di soluzione di *KOH* e subito dopo 10 gocce di una soluzione di fucsina (fucsina grammi 15, alcool a 96° gr. 1000; una parte su venti d'acqua). Si attendono tre minuti, la soluzione s'intorbida e scolora; si lava, s'asciuga, si monta in balsamo.

Colorazione vitale di Meirowsky. Su di un portoggetti si pone una goccia del colorante (violetto di metile gr. 20, violetto di metilene gr. 4, Na Cl al 0,5 % gr. 100, acido fenico gr. 0,25), la si distende e si lascia essiccare tenendo il vetrino inclinato. Su di un portoggetti si raccoglie una certa quantità di materiale d'esame e si adatta il copri sullo striscio della soluzione colorante. Si ottiene così subito una buona colorazione degli elementi cellulari, dei batteri e delle spirochete, mentre la *Sp. pallida* non si colora che dopo 1-2 ore e assai debolmente.

Il metodo presenta questo vantaggio: se l'occhio poco esercitato non riesce con l'esame in

campo oscuro a distinguere di quale varietà di spirocheta si tratti, è sempre possibile staccare dal vetrino il coprioggetti e trasportarlo su d'un altro vetrino, precedentemente preparato con la soluzione colorante del Meirowsky: tutte le spirochete che si rendono visibili entro la prima mezz'ora son sicuramente altre varietà che il treponema di Schaudinn.

Rusca.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Presidente prof. V. PUTTI.

Conferenze pubbliche sopra l' « Encefalite letargica » (11-12 febbraio).

Prima conferenza, del prof. A. MAGGIORA (R. Istituto d'Igiene) sulla *eziologia.*

In questa conferenza l'O. ha dato anche il resoconto dei nuovissimi risultati delle sue originali ricerche, già comunicate alla R. Accademia di Scienze di Bologna (vedasi sunto a pag. 121 del fasc. 4 di questo periodico).

Seconda conferenza, del prof. B. DE VECCHI (R. Istituto di Anatomia pat.) sulla *anatomia patologica.*

La descrizione anatomica dei casi illustrati da von Economo, al quale devesi il nome della malattia, è ancor oggi una delle più complete che possediamo, e le osservazioni che l'O. ha potuto eseguire nel gennaio p. p. confermano i dati tratti dalla descrizione degli osservatori. La sua esperienza si estende a 5 casi venuti a morte negli ospedali di Bologna.

Il reperto microscopico del cervello dimostrò in tutti i casi una congestione meningea più o meno considerevole, un edema più o meno spiccato, una iperemia encefalica bene evidente in due casi, svelantesi con abbondantissimi punti vascolari della sostanza bianca del cervello, ed invece una marcata anemia della sostanza grigia delle circonvoluzioni, che apparivano di colore cinereo pallido. Il midollo spinale e le sue meningi non gli apparvero modificati. Per gli altri organi, polmonite ipostatica con forte congestione polmonare, degenerazione dei parenchimi renale, epatico e cardiaco, eccettuata la milza. Il reperto macroscopico ha pertanto poco di caratteristico. Significative invece sono le lesioni istopatologiche verificate all'esame dei cervelli. In casi sicuramente definiti in clinica come encefalite letargica, il reperto costante è di infiltrati parvicellulari, di natura infiammatoria, sempre raccolti nella guaina linfatica che avviluppa i vasi sanguigni dell'encefalo, tanto che questi vengono in alcuni punti ad essere quasi circondati da un manicotto di cellule di tipo linfocitario. Queste lesioni infiammatorie perivascolari sono esclusive della sostanza grigia; la sostanza bianca non è alterata che per contiguità. Le cellule nervose sono alterate di frequente, e vi si osservano veri stati di disfacimento cellulare, con relativa dilatazione dello spazio pericellulare e evidente neuronofagia. E queste lesioni appaiono quasi esclusivamente nella regione bulbo-protuberanziale, nei lobi ottici, attorno all'acquedotto di Silvio, al *tuber cinereum,* al *locus niger*: molto spesso in tutta vicinanza degli strati subependimali. Sono dunque da ascriversi alle turbe infiamatorie della sostanza grigia cerebrale, accompagnate o no da fenomeni emorragici, da necrosi perivascolare, talvolta sostituita da proliferazione nevroglica. Si potrà dunque designare questa alterazione col nome di polioencefalite (Marinesco), o più specificamente con quello di poliomesencefalite (altri autori), ponendo mente che il quadro anatomico descritto ha un suo raffronto con la polioencefalite superiore acuta o malattia di Wernicke.

L'O. discute da ultimo i concetti espressi da vari autori, riguardo ad eventuali rapporti della encefalite letargica con forme o varietà di infezione botulinica, di meningite cerebro-spinale, di malattia di Heine-Medin, ed infine con l'influenza, costituendo quest'ultima il punto più importante del dibattito. I reperti avuti da alcuni autori in casi di influenza sono veramente interessanti, e dimostrano che nella infezione influenzale il virus e le sue tossine sono capaci di dare origine a lesioni encefaliche di tipo emorragico ed infiammatorio, con una frequenza assai superiore a quanto potrebbe credersi. E perciò, data la loro somiglianza con le lesioni riscontrate nella encefalite letargica, è spontanea la domanda se questa forma morbosa non si possa considerare come una localizzazione particolare delle lesioni encefaliche influenzali, e definirla come una polioencefalite superiore, tipo Wernicke, prodotta dal localizzarsi in speciali punti del mesencefalo del virus influenzale.

Ma la risposta non può venire solo dallo studio dei fatti anatomici; essa non sarà possibile se non quando saranno bene stabilite le conoscenze intorno alla eziologia, non solo della forma letargica, ma anche della infezione influenzale.

Terza conferenza, del prof. ALBERTONI, sulla *clinica* della enc. letargica. — Il resoconto ad un prossimo numero.

G. PICCININI.

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta del 30 gennaio 1920.

Presidenza prof. DEVOTO.

Morbo coitale maligno o così detta sifilide equina.

STAZZI. — Riferisce su questa grave epizoozia, comparsa in alcune provincie d'Italia.

Sulla cutireazione regionale nei bambini.

PESTALOZZA. — La cutireazione regionale è, nelle forme tubercolari, spesso più intensamente positiva di quella praticata a distanza: detto reperto però non è costante. Non ha mai avuto occasione di osservare una cutireazione regionale positiva di fronte ad una negativa distanza. Il che toglie alla cutireazione regionale gran parte del valore pratico attribuitole da alcuni autori, per svelare la natura tubercolare di certe lesioni e che non sono svelate da una cutireazione a distanza.

PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le complicazioni meningee nell'influenza.

Non intende l'A. (G. Schreiber, *Paris médical*, n. 39) parlare della cefalea, dell'abbattimento, dei dolori agli arti, ecc., che comunemente gli individui colpiti dall'influenza nella recente epidemia hanno presentato, queste manifestazioni facendo parte del corteo sintomatico dell'influenza, ma di quelle complicazioni meningee, rare del resto, note come *meningiti vere, reazioni meningee, meningismo*.

Per le meningiti vere, non ne sono state segnalate di natura purulenta, neanche di natura pneumococcica malgrado la parte importante del pneumococco nelle complicazioni respiratorie.

Frequenti, di regola anzi, sarebbero secondo Capitan le meningiti sierose negli influenzati gravi, attenuate ed anche frequenti nei casi di media gravità.

Netter non osservò che tre casi soli di vera meningite sierosa influenzale con reazione cellulare franca del liquido cefalo rachidiano.

L'A. cita un'osservazione personale in cui si trattava di un soldato di 40 anni nel cui gentilizio ed anamnesi personale nulla di importante si notava. Ammalatò improvvisamente con vertigini, cefalea, fotofobia, vomito e costipazione, all'esame obietivo mostra: prostazione, miosi, netto Kernig, rigidità nucale, rotulei deboli. Nessun fatto polmonare. Temperatura 38°.2. Polso 48.

Alla puntura lombare: liquido limpidissimo, leggermente aumentato di pressione. Iperalbuminosi. Linfocitosi.

Le condizioni migliorano in seguito, e venti giorni dopo è dichiarato in via di guarigione.

Riservando il nome di *reazioni meningee influenzali* ai casi presentanti una sindrone di reazione della pia madre netta con reazione cellulare del liquor, poco accentuata. M. De Massary ne ha segnalata la frequenza.

L'A. ne osservò tre casi simili, tipico è il seguente:

P. soldato, venticinquenne, riformato dapprima per adenopatia cervicale, poi ritenuto abile, ammala bruscamente con vertigini, vomiti, cefalea. Temper. 38°.5-39°. Con tali sintomi capita all'esame del dott. Schreiber il quale constata: posizione a cane di fucile, lingua secca, temperatura 40°, rigidità nucale, Kernig, respirazione irregolare, Babinski a d., albumina nelle urine.

La puntura lombare mostra liquido chiaro, forte pressione, linfocitosi.

Tali condizioni persistono per qualche giorno poi gradualmente migliorano e l'infermo è dichiarato 25 giorni dopo in via di guarigione.

La complicazione meningea più frequente, sembra esser stata nel corso dell'ultima epidemia, il *meningismo influenzale* nome applicabile ai casi caratterizzati dall'apparizione clinica di disturbi meningei senza lesione della pia madre svelabile con la puntura lombare.

Achard ne ha osservati tre casi, altri ne ha visti Netter: l'A. riporta il seguente:

C..., 24 anni; con antecedenti negativi, ammala il 19 maggio con cefalea, insonnia, vomiti: diagnosticata un'appendicite viene inviato allo Schreider il quale constata: vomito, temper. 39°.5, addome trattabile, lieve sensibilità appendicolare, lieve rigidità nucale, Kernig, rotulei esagerati, iperestesia.

Puntura lombare: liquido normale. Cinque giorni dopo quasi tutti i sintomi erano scomparsi e dopo poco tempo il p. viene inviato in convalescenza.

L'A. insiste sul fatto che la puntura lombare precisa la natura della complicazione meningea e sul fatto che, diminuendo la tensione del liquor, esercita un'azione terapeutica utile in special. modo sulla cefalea della quale i malati si lamentano intensamente.

MONTELEONE.

Note sulla meningite cerebro-spinale.

Secondo J. Dorgan (*Lancet*, 19 luglio 1919) le affezioni febbrili mal definite che coincidono con epidemie di meningite, vanno attribuite a questa. Anzi le forme atipiche e non diagnosticate

sarebbero più frequenti che quelle classiche. La diversità fra i due tipi d'infezione è più manifesta nella maggiore o minore intensità dei sintomi, che non nei caratteri fondamentali. Di fatto in dette forme anormali, i sintomi più comuni, oltre la febbre, sono cefalea intensa, un abbozzo di rigidità della nuca e del dorso, un po' di vomito, l'insonnia; il Kernig è più o meno netto. Di solito tali sintomi scompaiono in pochi giorni, ma si ha talvolta una ricaduta, anche sotto forma di meningite tipica.

I casi atipici sfuggono alla diagnosi, sia perchè non richiamano l'attenzione del clinico, sia che questi trascuri di fare la puntura lombare, sia che con questa non si arrivi ad isolare il meningococco, specialmente se la puntura è fatta troppo precocemente. Ad ogni modo, l'assenza del meningococco non permette di escludere la diagnosi di meningite.

Gli individui, affetti da tali forme misconosciute, costituiscono dei focolai d'infezione, che diffondono la malattia. Scarsa importanza, invece, accorda l'A. ai portatori, opinione che si è già fatta strada, da tempo.

L'A. cita diversi fatti a conforto di tale modo di vedere; fra cui l'assoluta mancanza di meningite in un centinaio di individui, erroneamente ritenuti come portatori e vissuti in comune con altri 400, che erano realmente portatori. D'altra parte la completa discordanza fra la curva dei meningitici e quella dei portatori, e la presenza in questi di meningococchi diversi da quelli isolati nel liquido cefalo-rachidiano, sono tutti fatti che depongono contro la teoria dei portatori.

Scarsa importanza si può attribuire ai metodi di disinfezione del faringe; la migliore profilassi consiste nell'imposizione di abitazioni igieniche, specialmente per quanto riguarda la cubatura e la ventilazione, e l'isolamento precoce dei malati.

fil.

Puntura ventricolare nelle diagnosi precoci di meningite basilare posteriore.

A. Zuigher (*Am. Journ. of the Med. Scienc.*, Jan., 1919) sostiene che una pronta puntura ventricolare è indicata in casi che mostrino sintomi progressivi di meningite, e diano una puntura lombare asciutta. In alcuni pazienti la puntura lombare può dare poche goccie di liquido spinale purulento, ma non si può estrarre una quantità sufficiente, e solo poco o niente di siero antimeningococcico può essere iniettato; in tali casi anche sintomi meningei poco pronunciati, come la tensione della fontanella anteriore, i tremori delle estremità e febbre, danno l'indicazione di punture ventricolari, che sono di vitale importanza nel trattamento delle meningiti basilari posteriori. Negli adulti la persistenza dei sintomi clinici, associata con un liquido spinale persistentemente torbido, che è divenuto sterile dopo due o tre iniezioni di siero antimeningoccico, indica la necessità di una puntura ventricolare. In questi pazienti la puntura lombare mostra una discreta quantità di liquido spinale, ma la comunicazione con i ventricoli è interrotta, e il siero iniettato nel canale spinale non raggiunge le regioni infette. La puntura ventricolare deve essere ripetuta giornalmente o a giorni alterni, si estraggono da venti a cinquanta c. c. di liquido, e si iniettano da quindici a trenta c. c. di siero. Il siero deve essere della temperatura del corpo, e in quantità minore del liquido estratto. L'intervallo di tempo per le punture, e il numero totale dipende dalla rapidità della riformazione del liquido. Una puntura lombare deve essere praticato quando il paziente è guarito, per determinare il ristabilirsi della comunicazione fra i ventricoli e il canale spinale.

LIVIA LOLLINI.

La sindrome di Babinski-Nageotte.

La sindrome di Babinski-Nageotte è determinata da un disturbo bulbare in rapporto a lesione dell'arteria cerebellare postero-inferiore. Dal lato opposto all'arteria lesa si ha emiplegia con emianestesia, mentre dallo stesso lato della lesione vasale si hanno tre disturbi speciali: emiasinergia, lateropulsione, miosi.

L'emiasinergia consiste nella dissociazione dei movimenti complessi nei loro movimenti costituenti semplici. Per camminare, il paziente solleva il piede più in alto che normalmente, lo porta in avanti e lo lascia ricadere a terra, mentre il tronco non segue i movimenti del piede e resta indietro. Analogamente nel salire le scale la coscia si solleva più in alto di quel che è necessario, poi la gamba si piega ed il piede è posato bruscamente sullo scalino. La lateropulsione consiste in una tendenza a cadere dal lato leso; qualche volta si ha effettivamente caduta se il paziente non riesce a poggiarsi a qualche sostegno, talaltra si ha un lento movimento di inclinazione.

Nei malati di Descomps e Quercy (*Revue Neurologique*, 1919, n. 3) questa sindrome era accompagnata dai seguenti disturbi:

a) vertigini improvvise ed intense con caduta e vomito;

b) disturbi vestibolari: perdita dell'equilibrio ad occhi chiusi e reazione voltaica;

c) disturbi cerebellari: errori nella direzione, nell'ampiezza dei movimenti, nel passaggio bru-

sco da un movimento all'altro, diminuzione nella velocità in caso di movimenti complessi o rapidi.

Oltre a ciò insieme alla lateropulsione a destra esisteva deviazione dello sguardo a destra.

A carico dell'occhio oltre la miosi si osservò: infossamento del globo oculare, restringimento della rima palpebrale, diminuzione della tensione oculare, ossia i sintomi di paralisi del simpatico.

La sindrome in tutti i malati si manifestò a poco a poco, il decorso fu lento, con miglioramento in alcuni sintomi e peggioramento in altri.

dr.

TERAPIA.

Il metodo Schiassi nel trattamento delle varici dell'arto inferiore.

E' fondato sull'osservazione che le iniezioni endovenose di certi medicamenti provocano nelle vene fenomeni reattivi tali che le vene stesse divengono completamente impervie.

B. Schiassi, che dalla citata osservazione è stato condotto ad ideare questo metodo, lo ha poi sperimentato largamente con successo e lo descrive in una publicazione edita da Gamberini e Parmeggiani di Bologna, e corredata da numerose tavole.

La tecnica varia secondo l'estensione delle varici: quando esse sono diffuse dalla coscia fino a metà circa della gamba, si procede come segue.

All'ammalato, che dall'esame delle urine deve risultare a rene integro, si somministrano 3-4 ore prima 10-12 g. di bicarbonato di sodio.

Sotto anestesia locale alla novocaina, si isola in primo tempo un tratto di vena sotto il livello della linea articolare del ginocchio, e se ne recide, fra due pinze, un pezzo per la lunghezza di 5-7 cm. Analogamente si procede al terzo superiore della coscia, *quattro dita trasverse almeno* più in basso del punto in cui al safena sbocca nella femorale; si applica in basso una pinza Nunneley, ed in alto a distanza di 5-6 cm., una Kocher, rasente la quale fa recidere il vaso legando definitivamente il moncone.

Nel moncone centrale della vena preparata sotto il ginocchio, si introduce un tubetto di vetro a punta olivare, a traverso al quale si iniettano lentamente 20 cmc. della soluzione (jodio metalloide g. 1; joduro di potassio g. 1.10; acq. dist. g. 100), mentre l'assistente leva la pinza dal moncone distale della coscia. Si lega poi definitivamente questo moncone a quello centrale del ginocchio, resecando qualche centimetro di vena. Anche nel moncone distale del ginocchio, si iniettano lentamente 20 cmc. circa della soluzione, legando poi il vaso.

Nel caso in cui le varici siano estese anche al terzo inferiore della gamba, l'operazione incomincia con la preparazione di 4-5 cm. di vena davanti o poco sopra la preparazione della vena al ginocchio, si iniettano 20 cmc. della soluzione per il moncone centrale della vena al malleolo, ed eventualmente anche dal moncone periferico al ginocchio.

Il moncone periferico al malleolo viene legato definitivamente. Si procede poi all'isolamento della vena alla coscia, ad alla consecutiva iniezione, come si è accennato sopra.

Se le varici interessano soltanto il terzo medio e superiore della gamba, si fa la preparazione della vena al ginocchio, la legatura del moncone centrale periferico, legandolo poi definitivamente.

Dopo le suture si applica con cura una fascia elastica e si lascia l'ammalato in letto per qualche giorno col piede in posizione elevata.

Qualche ectasia venosa può venire anche obliterata, introducendo nella vena a cute integra alcuni cmc. dalla soluzione.

Da prove sperimentali e da considerazioni di anatomia e di clinica, l'A. conclude che *il liquido iniettato nella safena si diffonde soltanto nella safena e nelle sue diramazioni.*

Gli operati non avvertono alcuna sensazione molesta; la temperatura subisce una elevazione fino a 38,5-38,7 per qualche ora. E' assolutamente da escludere che con tali iniezioni di soluzione acquosa di jodio, si verifichi qualsiasi embolismo.

Il metodo descritto trova le sue indicazioni, specialmente nei casi in cui, la flebectasie mantengono nell'arto uno stato più o meno accentuato di iperemia passiva con la consueta fenomenologia obbiettiva e soggettiva in dipendenza di reti flebectasiche sistematizzate.

Esso agisce esclusivamente sulle pareti dei vasi, che ne vengono obliterati.

Le fotografie che accompagnano la pubblicazione dimostrano i buoni risultati del metodo.

r. s.

Cose da non farsi in caso di scottature.

Non usare antisettici di sorta, eccetto i più miti, poichè essi per la loro causticità, distruggono le nuove cellule e provocano la formazione di un maximum di tessuto cicatriziale.

Non usare unguenti o grassi, che provocano facilmente infezione.

Non lasciare cotone o garza in diretto contatto con la ferita, che ne viene irritata meccanicamente, mentre poi, si strappano gli strati cellulari di neoformazione, levando la medicatura.

Non applicare polveri o medicature a secco, poi-

chè si forma rapidamente una crosta, sotto la quale il siero ristagna e si decompone.

(*Thompson - Am. medicine*, settembre 1919).

r. s.

Contro i porri.

I caustici forti vanno usati con grande cautela, è assai utile, oltre ai raggi X ed al radio, il termocauterio, seguito da applicazioni di sostanze leggermente corrosive;

Buone preparazioni sono le seguenti:

Cloralio idrato,	g.	10
Acido salicilico	»	2
Collodio	»	30

Oppure:

Calomelano	g.	1
Acido salicilico	»	2
Lanolin	»	20

Applicare tre volte al giorno.

(*Medical Summary*).

l. b.

IGIENE.

La digeribilità degli alimenti.

M. Rubner ha fatto lunghi studi, che riassume in una interessante memoria, (*Berl. Klin. Wochens.*, 1918, n. 47), per arrivare in complesso a conclusioni da cui i pratici non si erano mai distolti, quando sentivano parlare, dai teorici dell'alimentazione, del solo valore termico dei cibi. Non è sufficiente introdurre nell'organismo una determinata quantità di calorie, nette o grezze; per mantenere lo stato di nutrizione occorre che i cibi vengano gustati, digeriti, assimilati. Le nostre cognizioni in proposito sono ancora troppo semplicisté; si sono fatte esperienze su uomini di 20-30 anni e si è voluto generalizzarle a tutti; già anche in quelli si sono osservate rilevanti differenze individuali; si comprende quindi quanto diversi debbano essere i risultati per gli individui più adulti, per le donne, per i bambini, nei quali non si è studiato che la digeribilità del latte. Così p. e. l'ampiezza (congenita e acquisita, come nel così detto intestino del russo) può avere notevole influenza sulla permanenza degli alimenti nell'intestino e quindi sulla dissoluzione delle membrane cellulari.

Grande importanza hanno pure i miscugli alimentari, la digeribilità dei quali non può dedursi da quella dei singoli componenti, specialmente in caso di alimenti vegetali. Affatto erronei sono quindi i calcoli fatti nelle tabelle dietetiche sui coefficienti di digeribilità appunto per la molteplicità delle variazioni cui vanno soggette le singole combinazioni: di queste ve ne possono essere di irrazionali, come, p. es., la mescolanza di patate con cereali, nel pane di guerra, e di razionali, come l'unione del latte con formaggio e della polenta col formaggio (Malfatti), che serve a dare un più alto potenziale di assorbimento del granoturco.

Altri errori si commettono nell'apprezzamento del senso di sazietà, che non consiste, nè nella cessazione del gusto, nè nella dilatazione dello stomaco, nè nell'introduzione di alimenti, difficili a digerirsi, che permangono a lungo nello stomaco. La sazietà intesa come scopo nella preparazione di alimenti, come in parte ci hanno abituato le diete di guerra, è un'illusione; non dobbiamo discostarci dalle tradizionali abitudini alimentari, che ci permettono di introdurre quella quantità di alimenti necessari al fabbisogno organico, senza gravare eccessivamente lo stomaco e l'intestino.

Il coefficiente di digeribilità, inoltre, non dipende semplicemente dall'assimilazione delle albumine, dei grassi, degli idrati di carbonio, ma vi ha una parte specifica la sostanza alimentare in sè con i suoi accessori, quali p. e. le vitamine (o secretine, tenuto conto della loro azione sulla secrezione ghiandolare).

Oltre a queste conclusioni d'indole essenzialmente pratica, che dimostrano la necessità di addentrarci maggiormente nello studio dell'alimentazione, l'A. fa una severa critica sui metodi analitici e sui concetti vigenti in proposito.

Così p. e. è un errore calcolare l'estratto inazotato come composto di idrati di carbonio, chiamare proteina od albumina la sostanza azotata, in cui spesso la metà e più è costituita da sostanze amidiche. A proposito poi della cellulosa, l'A. fa osservare che la fibra greggia o cellulosa, come è intesa comunemente, non è che un prodotto artificiale dei nostri metodi analitici, e corrisponde alla metà od alla terza parte della membrana cellulare dei vegetali. La stessa fibra greggia poi, non è cellulosa pura ma contiene altri componenti quali p. e. i pentosi. Di questi poi se ne trovano molti negli alimenti vegetali (fino al 10-12 % della sostanza secca): la loro funzione nell'alimentazione non deve quindi essere priva di importanza.

Altre notevoli osservazioni ha fatto l'A. sui metodi analitici delle feci e sul modo di studiare e di calcolare il ricambio. Ne risulta in complesso un nuovo orientamento nelle investigazioni sull'alimentazione e sulla assimilazione, che potranno quindi in seguito venir meglio comprese e delucidate.

fil.

I preparati di polvere d'uova.

Vi sono attualmente in commercio numerosi preparati alimentari, fabbricati con uova (o tuorli) seccate. Tali prodotti, che si vendono con i nomi più svariati, potrebbero costituire un ottimo alimento, per la loro composizione chimica, per la facilità del loro uso e per il prezzo mite, qualora le qualità igieniche fossero soddisfacenti.

Risulta invece da ricerche di A. Sartory e L. Flament (*Bull. de l'Acad. de med.*, 6 genn. 1919) che i prodotti di questo genere contengono un numero notevole di microbi, fra cui micrococchi analoghi allo stafilococco citreo, ai fermenti lattici ed all'enterococco; bacilli del gruppo del sottile e del coli, altri a proprietà proteolitiche e saccarolitiche.

Il prodotto, preparato con uova fresche, dovrebbe essere sterile: esso invece, sia durante la preparazione, sia nelle manipolazioni necessarie, si viene inquinando. Le condizioni sono poi peggiorate per il fatto che i prodotti, non completamente secchi, permettono lo sviluppo di microbi, e perchè il modo d'imballaggio (che nelle migliori marche è costituito solo da scatole di cartone o da sacchetti di carta) è affatto inadeguato per proteggere i prodotti stessi da inquinamenti esterni.

I pericoli nell'uso di tali preparati sono lievi per le vivande che subiscono una cottura, ma possono invece essere gravi nelle preparazioni culinarie, come le creme, che non vengono sottoposte ad ebollizione, e che subiscono quindi una sterilizzazione incompleta. Molti casi di intossicazione intestinale possono venire attribuiti all'uso di detti cibi.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1095) *Le condizioni sanitarie del Congo Belga.* — Al dott. A. De Capua, Campofilone:

Come quelle delle principali Colonie africane, esse sono grandemente migliorate in confronto dei tempi passati, e ciò perchè ovunque si è compresa la necessità — più che mai impellente nei paesi tropicali — della rigorosa applicazione delle buone norme di igiene pubblica e individuale.

Le endemie locali (tripanosomiasi, spirochetosi ecc.) colpiscono più che altro gli indigeni e d'altra parte sono oggidì curabili con le risorse della moderna terapia. L'unica infezione veramente temibile dai coloni è la malaria, che per altro è assai inegualmente diffusa e intensa; grave presso la foce del Congo, assai meno negli altipiani che formano la maggior parte della colonia; anzi, vi sono estese regioni, come il Katanga, che ne sono in gran parte immuni.

Comunque, anche la malaria è prevenibile con una scrupolosa profilassi meccanica e chininica; nei luoghi infestati, quest'ultima è colà specialmente raccomandata e deve farsi ogni giorno coi pasti ed in dosi piuttosto elevate di 40, 60, 80 e fin 100 centigrammi di chinino, secondo i casi, senza tema di disturbi, nè di altri inconvenienti.

Una vita sobria e regolata è la miglior salvaguardia, e chi si attiene a questo regime di parco cibo e di astensione delle bevande alcooliche, non corre ormai nei climi caldi maggiori pericoli che nei climi temperati. Fra le truppe la cui sorveglianza igienica e sanitaria è molto rigorosa, la mortalità supera oggidì ben poco quella che si osserva in Europa.

f. r.

(1096) *Per il perfezionamento in medicina.* — All'abb. n. 5600:

Esistono corsi ufficiali di bacteriologia e di chimica clinica. Naturalmente essi *non possono completare in due mesi* la cultura del medico che voglia apprendere quanto si fa nei laboratori per la diagnosi a letto del malato.

Tale scopo si potrà poi facilmente ottenere, cercando di essere ammesso come interno in una clinica o in un reparto ospedaliero, cosa non difficile per un giovane volenteroso.

Sulla nostra sezione pratica, nei *cenni* e nella *posta degli abbonati* sono recensiti e consigliati numerosi libri moderni, che possono con vantaggio essere studiati.

t. p.

(1097) Al dott. C. da R.:

Potrà consultare:

Dott. GATTI: Lotta sociale antitubercolare, Milano, Hoepli;

Dott. RONDANI: Manuale di ecografia e tecnica industriale, Torino (Ufficio d'Igiene);

SERGENT: Etudes cliniques sur la Tbc., Parigi Maloine;

FABOURIER: Le traitement rationnel de la phtisie;

SANARELLI: La tubercolosi, Firenze, Treves;

DI VESTEA: La lotta antitubercolare, Roma, Direzione di Sanità;

il giornale « La Tubercolosi ».

R. A.

(1098) All'abb. n. 1191.:

Potrà consultare: L. MARTINOTTI, Sierodiagnosi della sifilide. Bologna, Cappelli editore, 1918.

V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. CARDARELLI. — *Lezioni scelte di clinica medica, raccolte ordinate e annotate dal dott. Tommaso Senise.* — (Biblioteca dello « Stadium ». Napoli 1920. Prezzo, lire 16).

Gli allievi del prof. Cardarelli, sparsi per tutta l'Italia, saranno grati al dott. Senise, che ha voluto raccogliere le più importanti lezioni del maestro: essi rivivranno gli anni universitari. illuminati dalla lucida parola di chi fu guida insuperata. Non solo gli antichi allievi, ma tutti i medici pratici mostreranno la stessa gratitudine, nel leggere queste lezioni, che hanno tutta la freschezza e tutta la spontaneità delle lezioni veramente dettate per gli studenti e per i medici a letto del malato.

In questo primo volume sono raccolte lezioni sulle malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato cardio-vascolare, sulle malattie del sangue e degli organi emo-linfo-poietici.

Il metodo di raccogliere i fatti morbosi, di riepilogarne i più importanti, di dedicare poi una lezione alla discussione, è applicato in ogni malato con serenità, con naturalezza, con poche citazioni; il lettore avrà un vero godimento nel seguire la via spianata dal maestro.

Auguriamo al libro la meritata fortuna.

t. p.

G. LAROCHE. — *Examens de laboratoire du medecin praticien.* — (Masson e C. edit. Paris. Prezzo, Fr. 15).

Non mancano, nella letteratura di tutti i paesi, manuali e trattati che si occupano degli esami di laboratorio, dacchè l'indagine di laboratorio tanta importanza ha assunto nella diagnostica pratica a letto del malato. Il libro del Laroche ha due meriti principali, quello di essere moderno, e di tener quindi conto di tutte le ricerche che più recentemente il laboratorio ha fornito alla clinica, e quello non piccolo di essere un libro di laboratorio semplice, preciso.

In un piccolo volume è condensato quanto di più importante è necessario conoscere per gli esami di bacteriologia clinica, degli essudati, del liquor cerebro spinale, dell'espettorato, del sangue, delle urine, delle feci, delle affezioni della pelle, ecc. Il testo è corredato da illustrazioni dimostrative.

L'A. intitola il suo libro: « esami di laboratorio del medico pratico ». Noi non crediamo che l'A. pensi che il medico pratico possa e debba possedere tecnica per gli esami nel libro descritti: tali esami devono nella maggior parte essere riservati a persone della partita, che abbiano acquistato capacità tecnica con lunga consuetudine di laboratorio; il libro quindi sarebbe non giustamente intitolato e non dovrebbe appartenere al medico pratico, se non fosse necessario che anche e principalmente questi sappia quanto il laboratorio può dare alla risoluzione dei difficili problemi clinici, possieda nozioni precise sul valore dei resultati degli esami di laboratorio; per tale ragione il libro del Laroche è giustamente dedicato al pratico e noi auguriamo che presso la benemerita classe dei medici pratici trovi favore.

t. p.

G. W. HOLMES a H. E. RUGGLES. — *Roentgen interpretation. A manual for students and practitioners.* — (Lea a. Febiger Lim. Philadelphia. Prezzo, dollari 2.5).

Gli autori del libro si propongono di presentare al pubblico medico i dati essenziali intorno alle conoscenze di radiologia, utili alle diagnosi cliniche, in forma concisa. Lo scopo essi raggiungono arricchendo il volume di numerosissime figure radiografiche e di brevi cenni di testo. Precede alla trattazione un accenno sulle cause di errore delle interpretazioni radiologiche; capitoli detagliati sono dedicati alle variazioni anatomiche e di sviluppo normali, alle fratture e lussazioni, alla patologia delle ossa, del cranio, delle articolazioni tendini e borse sierose, del torace, del canale gastro-intestinale, dell'apparato genito-urinario. Per le dimostrazioni sono state scelte delle radiografie-tipo, che rivelino le deformazioni e le alternazioni più caratteristiche di ogni affezione morbosa.

Libro utile ai pratici, che sanno quanto spesso essi dovranno trovarsi a contatto col radiologo, per la risoluzione di vitali problemi diagnostici; essi non possono più ignorare i caposaldi necessari all'interpretazione di una buona radiografia

Edizione accurata, veste tipografica elegante.

t. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BIALETTI CLEMENTE: Sull'iridectomia preparatoria. — Vigevano, 1919.

BARDUZZI D.: La medicina dell'antica Roma nei poeti satirici latini. — Siena, 1919.

FERRARINI GUIDO: Sulle ernie muscolari. — Bologna, 1919.

MARIOTTI ETTORE: Distrofia pluriglandolare prevalentemente tireo-genitale a tipo di juvenilismo persistente. — Napoli, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la tutela dei medici smobilitati.

Nel maggio 1915, quando la Nazione chiamava a raccolta i suoi figli atti alle armi, il Ministero della guerra ebbe pei medici dei riguardi speciali. Li esentò dall'obbligo di rispondere alla chiamata col turno della loro classe per riservare ad essi l'onore di partire subito per la fronte a qualunque classe appartenessero, purchè avessero obblighi di leva, emanando all'uopo disposizioni speciali.

I medici non protestarono, non emisero una lagnanza per questo speciale trattamento. Compresero il loro dovere di cittadini e più ancora la necessità della loro opera umanitaria che l'esercito reclamava, e partirono alla spicciolata l'un dopo l'altro pel teatro della guerra, dove urgeva portar soccorso ai feriti, agli ammalati, e dove urgeva sopra tutto organizzare il servizio sanitario manifestatosi, pur troppo, difettoso fin dal principio della campagna.

Rimasero a casa gli anziani senza obblighi di leva, dei quali poco dopo, cinque classi furono chiamate in servizio dal 1870 al 1875, per assicurare l'assitenza ai soldati che il fronte rimandava man mano indietro, negli ospedali territoriali, feriti o colpiti da malattie a lungo decorso. Ma questi bravi colleghi anziani non si trovarono soli a prodigare le loro cure ai militari provenienti dagli ospedali da campo, ed alla popolazione civile, che pure non bisognava abbandonare. Serpeggiavano in mezzo a loro anche giovani medici, dal fisico aitante in apparenza, trattenuti a casa loro malgrado — nessuno ne dubita — chi da esigenze e necessità imprescindibili di servizio sanitario di Opere Pie, chi da infermità occulta fino allora insospettata.

I medici al fronte, nell'apprendere la triste notizia di affezioni gravi così inaspettatamente rivelatesi nei colleghi esenti dal servizio mobilitato, compiangevano la sorte toccata a questi ultimi, e di sincero compianto, comprendendo bene la gravità delle preoccupazioni morali dei sanitari rimasti a casa in così tristi condizioni; e continuarono la loro diuturna fatica, ripartita con alterna vicenda fra l'ospedale da campo e la trincea, fra la sezione di sanità ed il posto avanzato di medicazione.

Nessun sentimento di invidia per i colleghi esonerati, ma un senso di sano orgoglio derivato dalla valutazione del servizio che si rendeva in così epico periodo al Paese, al soldato caduto, all'umanità. Ed anche pensavano, a conforto del sacrificio durato, che la Nazione non li avrebbe dimenticati al ritorno dalla guerra, ritenendo d'aver acquistato il diritto, se non a speciali riguardi, a qualche considerazione. Si insisteva tanto in Paese, e sui giornali e nelle pubbliche conferenze, a esaltare i combattenti, che era pur lecito anche ai medici del fronte pensare che nella gara professionale e nella lotta per la vita del dopo guerra, sarebbero stati in qualche modo assistiti dalle autorità e dalla pubblica opinione.

Passarono quattro anni; nella gloria sfolgorante di Vittorio Veneto si chiude l'epica guerra e si inizia il ritorno graduale dei combattenti, e dei medici con essi. La nazione tenta riprendere, fra qualche convulsione, il ritmo normale di vita, ed anche pei medici ripristina il corso delle vicende professionali del tempo di pace. Il Ministero, che al principio delle ostilità aveva — e giustamente — sospeso i concorsi per le condotte mediche e per le Opere Pie, autorizza la riapertura dei medesimi. La gara si inizia, ed ecco ritrovarsi di fronte, faccia a faccia, a contendersi il posto, il medico reduce dal fronte del Carso, del Grappa, ed il collega del fronte interno.

Si pensa subito che le autorità costituite abbiano provveduto a stabilire una qualche differenza fra l'uno e l'altro candidato, additando almeno alle Amministrazioni i servizi resi al Paese dal sanitario ex combattente. Ed il Governo si è difatti in parte ricordato dei combattenti, ed ha emanato in data 18 settembre 1919 un Decreto che eleva di quattro anni i limiti stabiliti dai regolamenti per l'ammissione ai concorsi e stabilisce che nella graduatoria dei candidati, *a parità di merito*, avranno titolo di preferenza gli invalidi di guerra, i decorati al valore, coloro che per maggior tempo abiano prestato lodevole servizio militare come ex combattenti in zona di guerra.

Non è molto ma è già qualche cosa. La dizione « a parità di merito » veniva a complicare alquanto le cose nei riguardi dei medici concorrenti ai posti delle Opere Pie in quanto è ovvio che nello stabilire e nel valutare il merito si doveva tener conto della forzata improduttività scientifica dei combattenti durante il periodo della mobilitazione. E poichè i titoli dei candidati consistono principalmente nei lavori scientifici prodotti, comprovanti la loro capacità tecnica, e nella pratica dell'esercizio professionale, era logico supporre che i titoli di studio e di pratica acquisiti dai candidati *non mobilitati* durante il periodo di guerra, non venissero presi in considerazione, o venissero esaminati, con criteri speciali, per non mettere i combattenti in condizione di inferiorità rispetto al concorrente rimasto a casa du-

rante la guerra. Era questo un principio di equità reclamato dai medici reduci dal fronte costituiti in sodalizio Nazionale e presentato a suo tempo al Ministero; il quale non ha creduto tuttavia opportuno modificare il decreto sopra citato.

Di più era ovvio supporre che il Ministero invitasse le Amministrazioni ad attenersi nella scelta del sanitario alla graduatoria stabilita dal Decreto, assumendo effettivamente in servizio l'ex combattente a preferenza di un altro quando il merito, stabilito coi criteri di cui sopra, risultasse pari. Il Decreto presentava pertanto alcune deficienze, ma dopo tutto la qualità di ex combattente veniva in parte apprezzata ed ufficialmente stabilita di fronte alle Amministrazioni. Era già un vantaggio di cui i medici reduci prendevano atto con qualche soddisfazione.

Ma il bello vien dopo. A Torino si aprono i concorsi per diversi Ospedali ed Opere Pie e primo fra questi l'Ospedale Oftalmico, il quale non fa neppur cenno nella pubblicazione del Bando di concorso, per un posto di medico primario, al Decreto sopra indicato. I medici Reduci dal fronte si agitano, indicano l'omisisone grave all'Amministrazione, la quale promette di tener conto del servizio di guerra eventualmente prestato dai candidati, ma non corregge il Bando, invitando i concorrenti a presentare i documenti inerenti. I medici ospitalieri di buon grado si associano ai colleghi smobilitati invitando l'Autorità Prefettizia ad intervenire nella questione, ma inutilmente. Nessuna modificazione viene introdotta nel Bando ed il concorso prosegue, sta anzi per essere definito.

Vengono in seguito i concorsi dell'Ospedale San Giovanni per posti di medico primario e di medico assitente. Questa volta viene per lo meno accennato, nella pubblicazione del Bando, al decreto 18 settembre, ma non venne richiesto il certificato di sana e robusta costituzione che figura fra i documenti di rito in quasi tutti i concorsi. Cosicchè il sanitario esonerato dal servizio militare per infermità mai sospettata prima della guerra può contendere il passo al reduce dall'Isonzo e dal Piave, e con molta probabilità di successo fondata su quei titoli di studio e di pratica professionale acquisiti nell'interrotto servizio sanitario civile durante la guerra. Il reduce ha avuto il grave torto di perdere il suo tempo in zona di guerra; sconti il peccato.

Ma non basta. In un bando successivo del Regio manicomio in data 7 febbraio u. s., per due posti di medico primario, non solo non è menzionato il Decreto riguardante i servizi del candidato in zona di guerra, ma con palese noncuranza delle disposizioni Ministeriali, l'Amministrazione stabilisce tassativamente i limiti di età dei concorrenti, i quali dovranno avere, al 1 gennaio 1920, età inferiore agli anni 40. I medici mobilitati appartenenti alle classi 76-77-78- e 79 si trovano quindi esclusi dal concorso. Decisamente il turbine della guerra non ha scosso neppure la polvere dagli archivi delle Opere Pie, i regolamenti sono stati esumati ed applicati tali e quali, a dispetto anche dei Decreti che elevano i limiti di età per l'ammissione ai concorsi.

È incuria questa od indolente apatia? Non si sa. Ma ciò che si sa e che bisogna far conoscere al pubblico, è la disposizione d'animo dei medici che durante la guerra hanno fatto sacrifizio grave dei loro interessi professionali interrompendo le loro occupazioni e compromettendo la loro situazione per correre in soccorso dei figli del Popolo, doloranti per ferite o malattie. Spira fra di essi un vento di fronda, alimentato dalla sensazione di mancanza di riguardo versi i medici ex combattenti che si manifesta negli atti delle Amministrazioni delle Opere Pie, e dall'atteggiamento passivo delle autorità. Gli effetti forse non tarderanno a farsi sentire. Intanto essi domandano al pubblico, se nei concorsi costituisca titolo di inferiorità l'aver conteso alla morte, nei disagi di guerra, i figli della Nazione, e domandano altresì quale valore abbia veramente nella graduatoria dei titoli quella superba pagina di vita scritta fra il Carso ed il Piave e che porta per firma la croce di guerra e sovente la medaglia al valore.

Dott. CARLO ANGELA.

Cronaca del movimento professionale.

I medici comunali della provincia di Milano.

Presieduta dal Presidente Generale dell'Associazione Medici Condotti ed alla presenza dei Presidenti Circondariali dottor Ferretti, Caccialanza, Banzi, Carrobbio, fu tenuta a Milano l'assemblea plenaria dei medici condotti della provincia, attualmente in gravissima agitazione per le vive resistenze che alle domande di miglioramento delle condizioni economiche sono opposte dalla Giunta Provinciale Amministrativa.

Assisteva il Presidente del Comitato di Agitazione fra i Dipendenti della Provincia di Milano dottor Emilio Luraschi, il quale insistette che non si dovesse assolutamente accogliere l'invito fatto dalla Giunta Provinciale Amministrativa di trattare *in via privata* il loro capitolato organico.

Egli insistette su questo punto che avrebbe potuto essere interpretato come una sconfessione alla Commissione dei Sindaci che avevano concretato e dalla maggioranza dei Sindaci stessi

nella seduta del 3 gennaio u. s. fatto approvare i nuovi capitolati organici per tutti i dipendenti della Provincia.

Il dottor Luraschi dimostrò che la mossa della G. P. A., non ha altro scopo che di rompere la solidarietà così mirabilmente affermatasi nell'agitazione dell'ottobre scorso.

Fu approvato infine un ordine del giorno in cui si stabilì di *non accedere* all'invito della G. P. A., se non assistiti dalla Commissione dei Sindaci e *solo previ accordi* colle altre categorie di dipendenti comunali della provincia (segretari, veterinarii, impiegati, levatrici, salariati).

I liberi esercenti di Napoli.

Il 22 febbraio, in seguito a convocazione indetta dal Consiglio dell'Ordine, ebbe luogo a Napoli un'assemblea dei medici liberi esercenti, nei locali dell'Ordine medesimo, in via Depretis 31.

Presiedette il dott. Mario Emilio Abbamonte; intervennero una quarantina di medici. Il Consiglio dell'Ordine era rappresentato dal presidente prof. Sava e dal dott. Pastena.

Tutta la tornata fu spesa in una lunga e movimentata discussione, intesa ad assodare quali sono i professionisti che possono iscriversi all'Associazione dei L. E.

Alla fine del lungo dibattito, venne deliberato che possono iscriversi all'Associazione soltanto quei medici i quali non appartengono nè abbiano le qualità per appartenere ad altre categorie di organizzazioni Sanitarie esistenti. Dopo di che la seduta fu sciolta.

SOTTOSCRIZIONE per la fondazione « Paolucci » nel Collegio degli Orfani dei sanitari italiani, in Perugia.

Somma precedente	L.	5.789,90
Dal Sig. Alfredo Pierpaoli per conto dell'Ufficio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, Roma	»	22,00
Ordine dei Medici della Provincia di Bergamo	»	500,00
Villa dott. Achille	»	50,00
Ordine dei Medici della Provincia di Porto Maurizio	»	70,00
Giordani dott. Luigi	»	20,00
Ascoli prof. Vittorio	»	25,00
Margarucci prof. Oreste (in titoli del prestito nazionale. Nominali)	»	300,00
Ordine dei Medici della Provincia di Piacenza	»	580,00
Mele dott. Giovanni	»	30,00
	L.	7.386,90

ATTI PARLAMENTARI.

Sui dissesti finanziari delle Opere Pie ospedaliere.

L'on. Giulio Casalini ha interrogato il Ministro dell'Interno ed il Ministro del Tesoro per sapere se ed in qual modo intendano sollecitamente prrovvedere alle finanze dissestate delle opere pie ospedaliere, le quali, dopo di avere in parte alienati i loro patrimoni ed essersi largamente indebitate, si troveranno fra breve nella assoluta impossibilità di far funzionare i rispettivi istituti con danno incalcolabile del ceto più povero della popolazione, che appunto ha bisogno di urgente ricovero.

CONDOTTE E CONCORSI.

BAGNOLO-MELLA (*Brescia*). — Medico chirurgo nel reparto a sera, con condotta libera e stipendio stabilito dal concordato dell'Associazione dei Medici condotti e quella dei Comuni della Provincia. Chiusura 15 marzo 1920. Età non superiore ai 45 anni, ed avere esercitato la professione in altra condotta per 5 anni, ovvero servizio per 2 anni presso qualche clinica universitaria o in ospedale civile di capoluogo di Provincia. Capitolato di servizio adottato dalla R. Prefettura di Brescia per i Comuni della Provincia. Assunzione un mese dopo la comunicazione della nomina.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Piceno*). — Vaca un posto di medico-chirurgo. Stipendio L. 8700 col caro-viveri, L. 500 indennità per ufficiale sanitario, se verrà conferito tale incarico. Durata del servizio sino all'espletamento del concorso. Rivolgersi al sindaco.

PESCIA. *R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano.* — Due assistenti; L. 1800 nette, vitto e alloggio, 10 % della tassa sugli atti operativi. Età massima 45 anni. Servizio entro 15 giorni. Scad. 31 marzo. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione.

PONTREMOLI (*Massa-Carrara*). — Tre condotte: due a L. 6000 lorde, una a L. 5500 lorde, per i soli poveri, oltre il caro-viveri, tre sessenni del decimo. Scad. 31 marzo. Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Sono nominati i dottori: Fulghera Fulvio, aiuto d'igiene a Genova; Gabbi Ugo, assistente di medicina legale e Bua Callisto, assistente di clinica ostetrico-ginecologica a Parma: Remotti Luigi, aiuto di anatomia normale, Falco Mario, aiuto, e Calcaterra Carlo, assistente di clinica ostetrico-ginecologica a Pavia; Masi Oreste, assistente di clinica delle malattie mentali e nervose a Pisa; Auriti Filippo e Marino Carlo, assistenti di clinica oto-rino-laringoiatrica a Roma.

CAMILLO BOZZOLO
(1845-1920)

Il 28 febbraio è morto a Torino di bronco-polmonite influenzale il senatore prof. Camilo Bozzolo, direttore della Clinica Medica di quella Università.

Egli è mancato proprio alla vigilia di lasciare l'insegnamento per limiti d'età, mentre i suoi vecchi e nuovi allievi si apprestavano a offrirgli, in quella occasione, il tributo della loro gratitudine, della loro ammirazione, della loro devozione....

Così il destino ha voluto che Egli morisse sulla breccia, dopo aver dedicato fino agli ultimi giorni di Sua esistenza la Sua instancabile attività a quella Clinica, che dirigeva da circa quarant'anni, che era la Sua vita e la Sua passione, ch'Egli aveva resa celebre in Italia e fuori d'Itlia con le Sue opere e col Suo insegnamento e donde erano usciti ottimi docenti universitari, celebratissimi primari d'ospedale e una grossa schiera di medici pratici, ovunque meritatamente apprezzati per la serietà degli intenti e dei metodi che avevano appreso alla Scuola del grande e indimenticabile Maestro.

Grande Clinico e grande Maestro davvero, perchè dei veri Clinici e dei veri Maestri Egli riassumeva in un mirable armonioso complesso tutte le qualità:

la preparazione solida e severa, creatasi nelle più celebrate Scuole di Anatomia patologica e di Patologia di Germania e d'Italia, ove ebbe per maestro, fra gli altri, G. Bizzozero;

la cultura larga e varia, la mente acuta e perspicace, lo spirito sottilmente analitico e indagatore, la passione per il malato e per lo studio dei fenomeni morbosi e un mirabile senso pratico, quel mirabile senso pratico e critico che è assai più raro della luce dell'intelligenza, per cui Egli, schivo da ogni pregiudizio di Scuole e di Sistemi, senza esclusivismi, ma senza esagerati entusiasmi, sapeva veder diritto e lontano, sapeva cogliere il nocciolo buono d'ogni metodo, di ogni dottrina, d'ogni tendenza.

Nessuna maraviglia adunque se con queste doti Camillo Bozzolo in oltre quarant'anni di attività — dapprima come direttore della Clinica Medica Propedeutica da Lui stesso fondata (1878) e poi come direttore della Clinica Medica (1883), in cui successe a Concato — in un periodo dei più fecondi per gli studi medici in genere, abbia validamente contribuito al rinnovamento e al progresso della Clinica e della Patologia italiana.

Verrà tempo in cui con più calma e con maggiore tranquillità di animo — oggi troppo turbato dall'irreparabile sciagura della Sua perdita — potrà essere passata in rassegna l'opera scientifica di Lui e sarà lavoro proficuo, oltre che doveroso, per gl'insegnamenti che anche oggi possono trarsi dalle Sue numerose pubblicazioni, che vertono sui campi più svariati della nostra scienza e della nostra Arte e, benchè varie d'importanza e di mole, riflettono tutte le peculiari caratteristiche del Suo abito mentale: precise e obbiettive nella relazione dei fatti e delle ricerche, spesso acute nelle deduzioni e sempre serene, oneste, logiche, nelle conclusioni.

Nei brevi limiti di tempo e di spazio che mi sono concessi, io non posso limitarmi che a qualche cenno.

E voglio ricordare anzitutto i suoi molteplici studi sull'infezione pneumonica, iniziatisi subito dopo la scoperta — cui Egli stesso contribuì — del diplococco di Talamon-Fraenkel, le Sue metodiche ricerche sulle varie localizzazioni e manifestazioni morbose di questo germe (meningite, polisierosite, artrite diplococcica, ecc.) e la concezione patogenetica che ne trasse, precorrendo i tempi con mirabile potenza di sintesi, quando definì, secondo le idee oggi correnti, l'infezione generale, di cui la pneumonite non è che la più comune e la più classica localizzazione.

Egli stesso del resto ha portato un valido contributo all'affermarsi del medesimo concetto patogenetico nei riguardi di un'altra malattia infettiva — l'infezione tifoide, quando, molti anni avanti che la batteriemia tifica diventasse un reperto indiscusso, segnalò, per il primo, fra l'incredulità e la diffidenza dei colleghi, la presenza dei bacilli del tifo nel sangue circolante di due ammalati.

Non v'è medico, anche di solo mediocre coltura, che non sappia come C. Bozzolo abbia legato in Suo nome ed affermato luminosamente la Sua intuizione clinica nell'individualizzazione di sindromi nuove, quali la « Sindrome di Kahler-Bozzolo », il « Fegato infettivo simulante l'ascesso ». E non ricordi la chiara convincente bellezza e l'acume clinico delle Sue celebri relazioni sulla diagnosi delle febbri nascoste, sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare, sulla diagnosi dei trombi a palla del cuore ecc. ecc. Nella sua nobile aspirazione di giovare al-

l'ammalato — che è del resto il supremo intento della Clinica — Egli ha dedicato con successo e con fervore una parte della Sua multiforme feconda attività allo studio di molti problemi terapeutici.

E sono classici i Suoi lavori sulla cura col bagno raffreddato del tifo e di altre infezioni, sul trattamento delle varie forme di leucemia coi raggi X, e sono universalmente ricordate altre molteplici Sue iniziative terapeutiche, d'ordine farmaceutico, opoterapico, sieroterapico, chemioterapico, chirurgico (splenectomia nel morbo di Banti, omentofissazione nella cura dell'ascite cirrotica, ecc.), culminanti nella scoperta della cura dell'anchilostomoanemia per mezzo del timolo, dopo aver trovato nell'anchilostoma duodenale con Perroncito e con Pagliani la causa della famosa anemia del Gottardo: un'autentica e grande scoperta, la cui importanza umanitaria ed economica hanno apprezzato, assai più che i Suoi connazionali, le Nazioni che più di noi hanno tradizioni e interessi coloniali, pochè essa — son parole di Sir H. H. Johnston, fondatore del protettorato britannico dell'Africa centrale — ha rivoluzionato l'intero problema dell'esistenza salutare nelle regioni tropicali e subtropicali della terra.

In questi ultimi tempi, Egli, sempre così vigile e forte, s'era dedicato col consueto fervore allo studio dell'encefalite epidemica e, proprio un paio di giorni prima d'esser colpito dall'infermità che doveva trarlo alla tomba, mi scrivea di non aver ancora interloquito *sull'argomento del giorno* perchè non gli pareva di avere ancora raccolto una sufficiente serie di osservazioni e di dati.

In queste sue parole è l'espressione della modestia, del rigore e della serietà scientifica dell'uomo.

Non si sentiva ancora maturo a intervenire nel dibattito, Egli che nel 1895 e nel 1900 aveva illustrato da par suo dei casi tipicamente, esattamente corrispondenti a quelli che vanno oggi sotto il nome di encefalite letargica e li aveva esattamente definiti come polioencefalite superiore acuta.

***

Se l'opera scientifica di Camillo Bozzolo è universalmente nota ed ha oltrepassato i confini d'Italia, solo quelli che ebbero la ventura di star con Lui, di vivere della Sua vita, in un'intima comunione ai pensieri e di lavoro, di seguirlo nella Sua operosa attività, solo essi possono apprezzare quale grave irreparabile perdita è stata la Sua morte, quale Clinico e quale Maestro è scomparso....

Ligio al Suo dovere fino allo scrupolo, sempre giovanilmente vigile e fresco, sempre appassionato dei Suoi studi e dei Suoi ammalati, sempre al corrente fino all'ultimo d'ogni problema scientifico, Egli era nella Sua Clinica, sempre. Nè la consulenza privata, nè le cure dell'Assessorato d'Igiene che tenne con molta dignità per alcuni anni, eran valsi ad allontanarlo anche per breve tempo dalla Sua Clinica.

Dov'Egli era esempio di attività a tutti, e a tutti benevolo, a tutti amico, a tutti di guida amorosa e sapiente e pronto sempre nella Sua incomparabile bontà e modestia non solo a dare ma anche a chiedere consigli. La Sua arte e il Suo insegnamento erano fatti di semplicità e di onestà, così com'era semplice, retto, adamantino l'uomo!

Come medico, aveva l'occhio e l'intuito clinico, pronto, sicuro, penetrante.

Semeiologo finisimo fino all'ultimo, sicchè pareva che l'età, che nulla aveva tolto alla limpidità della sua mente, avesse acuito quasi l'acutezza dei Suoi sensi, non disdegnava, ma favoriva e aveva sempre dato un largo impulso alle indagini batteriologiche, chimiche, ematologiche, fisico-chimiche, biologiche, tanto che io non conosco altro Clinico dei Suoi tempi che avesse saputo così felicemente armonizzare le vecchie e le nuove conquiste diagnostiche all'interpretazione dei casi clinici.

Gli è ch'Egli — cui appartiene il motto « metodi nuovi, errori nuovi » — possedeva acuta, come nessun'altro, la percezione della realtà, sì da essere incomparabile nell'apprezzare il valore e l'importanza dei sintomi clinici e di quelli desunti dagli esami di laboratorio, nello stabilirne i rapporti, nel collegarli e comporli in un'armonica formula diagnostica.

Quanti malati, veramente, debbono la vita alla Sua acuta potenza diagnostica, cui davano sempre risorse la Sua grande cultura e la Sua esperienza!

Felicemente eclettico, insofferente di dogmi e di sistemi, Egli sorrideva amabilmente delle sottili inutili disquisizioni sui metodi e sugli indirizzi della Clinica, persuaso com'era che non v'è che un metodo e un indirizzo Clinico, quello di esaminar bene e completamente l'ammalato e di interpretarne esattamente, per quanto è possibile, il quadro morboso nei suoi vari momenti eziologici, nel suo substrato anatomo-patologico e nelle sue manifestazioni funzionali.

Ugualmente chiaro, lucido, sereno, efficace, Egli era come insegnante.

Pur essendo coltissimo, Egli aveva un'istintiva ripugnanza per le discussioni puramente dottrinali, non poggiate direttamente sui fatti, e le Sue lezioni semplici e piane, oneste, ravvivate spesso da ricordi e da acute osservazioni, erano una fonte perenne di profitto.

Esse non suonavano forse, ma creavano i buoni medici pratici, i medici che sanno esaminare l'ammalato, che sanno ragionare, che sanno concludere e curare.

Tale lo Scienziato, tale il Maestro che ci ha lasciati.

Come uomo Egli era, nell'espressione più alta e più nobile della parola, il Gentiluomo.

La Sua memoria che non morrà conserveranno nel cuore quanti lo conobbero, perchè averLo conosciuto, vuol dire averLo amato!

Firenze, 3 febbraio 1920.

F. MICHELI.

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera dei Comitati antitubercolari.

È in piena attività in molte provincie, dove i comitati locali lavorano intensamente per i necessari provvedimenti diretti all'assistenza dei tubercolotici ed alla profilassi sociale.

A Padova ed a Vicenza si stanno gettando le basi per la costruzione di un sanatorio comune per le due provincie: il terreno è stato donato dal notaio dott. Bedin di Vicenza in una località

della conca di Asiago. Il dott. G. Monti, medico provinciale interino, che già si era molto adoperato a Bergamo per l'erezione del sanatorio, ormai in funzione, svolge in seno ai Comitati delle due provincie un'opera di attiva propaganda, e si può ritenere che presto, con i mutui concessi dal Governo e con i contributi di beneficenza locale, potrà essere eretto il sanatorio e potranno funzionare regolarmente il dispensario tubercolare ed il casellario ecografico.

Associazione napoletana dei medici e naturalisti (Circolo della coltura).

Il 7 febbraio u. s. i soci si adunarono in assemblea generale e procedettero alla nomina dei nuovi componenti l'ufficio di presidenza. Ad unanimità vennero proclamati: presidente il senatore prof. Leonardo Bianchi, direttore rella Clinica per le malattie nervose e mentali; vice-presidente i professori Giuseppe Pianese, direttore dell'Istituto di anatomia patologica, e Filippo Bottazzi, direttore dell'Istituto di Fisiologia e della Stazione zoologica; segretario il prof. Rodolfo Stanziale, direttore della Clinica dermo-sifilopatica, il quale sarà coadiuvato dai vice-segretari professori Domenico Enea e Salvatore Fabrizi; a tesoriere venne confermato il dott. Rocereto.

L'educazione fisica nelle Università.

Il Circolo Universitario Sportivo di Roma ha organizzato un ciclo di conferenze sull'educazione fisica nelle università.

Esso venne inaugurato il 9 corr. dal rettore prof. Scaduto, con nobilissime parole d'incoraggiamento per l'iniziativa.

Il prof. on. Baglioni tenne poi una conferenza sul tema: « L'educazione fisica e la fisiologia ». L'oratore s'intrattenne sullo sviluppo dell'educazione fisica, rivendicandone la rinascita al famoso medico italiano del secolo XV, Mercuriale. Egli propugnò la diffusione degli esercizi fisici liberi ed incitò i professori e prendere parte attiva agli sports.

Intervennero alla conferenza il vice-ammiraglio Resio in rappresentanza del ministro della marina, il comm. Parpaglioli in rappresentanza del ministro della P. I., il col. Cosentino in rappresentanza del comando della divisione, l'onorevole comm. Cancelliere, direttore generale dell'istruzione primaria, il generale Ferrari, ispettore generale delle guardie di finanza, mr. Ballon, direttore sportivo della Y. M. C. A., il generale Pirzio Biroli, il sen. Polacco, il dott. Ballerini, il prof. Tonelli, mr. Tailor, mr. Wannamaker e molti altri.

La Confederazione Generale del Lavoro e le nuove leggi sulle assicurazioni sociali.

La Confederazione generale del lavoro ha convocato a Bologna un nuovo Convegno Nazionale, a carattere consultivo, per discutere i due comma rimasti in sospeso nel Convegno di Roma: assicurazione sugli infortuni agricoli e industriali; assicurazione sulla invalidità e vecchiaia.

Festeggiamenti ai senatori Bianchi e Pascale.

Per la nomina a senatori i proff. L. Bianchi e Pascale furono festeggiati a Napoli da uno stuolo di colleghi e di discepoli, in un simposio cordiale ed amichevole, in cui parlarono i proff. Miranda, Sara, Castellino, Salinari e Tropeano.

Uno sciopero di assistenti universitari.

Gli assistenti e i medici ausiliari delle cliniche universitarie di Vienna hanno deciso di mettersi in sciopero perchè non sono state accolte tutte le loro domande.

Vaccinazione obbligatoria a Madrid.

Il Governatore civile di Madrid ha reso obbligatoria per tutti gli abitanti della città la vaccinazione jenneriana e quella contro le infezioni tifoidee.

La febbre gialla nell'America centrale.

Si ha notizia di un'epidemia di febbre gialla manifestatasi in molte città e paesi dell'Yucatan, Campeche, Chiapas e Oaxaca. Sono state stabilite delle quarantene contro molti porti. Vera Cruz sarebbe libera dalla malattia.

(*Dal Boston M. a. S. Journ.*, 29 genn. 1920).

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

(32)

Anno XXVII Roma, 15 marzo 1920 Fasc. 11.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

VIII PADIGLIONE DEL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
diretto dal prof. AGOSTINO CARDUCCI.

Contributo alla terapia medica dell'ascesso epatico dissenterico

per il dott. LEONIDA MANINI, assistente.

Non mi sembra inutile di richiamare ancora una volta l'attenzione dei colleghi sopra la terapia di una forma morbosa la quale complica con discreta frequenza la dissenteria amebica, voglio alludere precisamente all'ascesso epatico dissenterico.

È noto che il prof. Pontano in recenti pubblicazioni sostiene con vigore di convinzione fondata sopra alcuni brillanti successi ottenuti con la semplice terapia medica che l'emetina (principio attivo dell'ipecacuana) è capace non solo di combattere la dissenteria amebica edi prevenirne le complicazioni ma che una volta sviluppatosi l'ascesso epatico esso può non soltanto essere sterilizzato dalla cura specifica ma anche completamente riassorbito. In quest'ultima affermazione è il merito principale degli studi recenti del Pontano, il lato veramente nuovo delle sue osservazioni. Infatti anche coloro i quali avevano già in precedenza riconosciuto che la cura emetinica riusciva a sterilizzare il contenuto dell'ascesso dissenterico ammettevano però la necessità di una cura chirurgica completamente consistente in un vero intervento o almeno nella semplice aspirazione del contenuto ascessuale. Il Pontano sostiene invece che questa cura complementare non è necessaria e che la cura emetinica e sufficiente da sola ad assicurare la completa guarigione. Egli interpreta ingegnosamente il felice risultato che le iniezioni di emetina hanno sul riassorbimento del contenuto ascessuale facendo un parallelo tra la gomma sifilitica e l'epatite amebica: nell'una e nell'altra affezione morbosa agente causale è un protozoo, nell'una e nell'altra affezione si ha per influenza della cura specifica anzitutto il rammollimento e disfacimento completo del prodotto morboso e quindi il suo graduale riassorbimento.

Poichè si è presentata nell'VIII padiglione del Policilnico diretto dal prof. Agostino Carducci, l'occasione di studiare e di seguire in perfette condizioni d'obiettività un caso di dissenteria amebica complicata ad ascesso epatico il quale è stato curato con le iniezioni di emetina credo opportuno di riferire brevemente i risultati della cura istituita dal mio primario e da lui in seguito diretta.

Riassunto della storia clinica dell'infermo entrato nell'VIII padiglione il 13 ottobre 1919.

P... Angelo di 44 anni, calzolaio, da Roccapriora. Negativa l'anamnesi familiare. Non è luetico, non è alcoolista; è padre di 8 figli in perfetta salute. Si è ammalato nei primi di agosto con febbre di mediocre intensità di cui non si può stabilire il ritmo preciso e con disturbi intestinali: aveva varie scariche al giorno (5-10), le evacuazioni si accompagnavano a prurito ed erano costituite di scarsa quantità di liquido con frustoli di materiale grigiastro e talvolta qualche stria di sangue; i disturbi intestinali si mantentennero accentuati per una ventina di giorni, indi gradualmente si attenuarono senza però cessare del tutto tanto che l'alvo è stato fino ad oggi un po' irregolare: anche attualmente ha talvolta più scariche giornaliere con i caratteri di cui sopra, altri giorni invece l'alvo è pressochè normale.

L'infermo è sopratutto preoccupato perchè una volta attenuati i disturbi intestinali del 1° periodo non ha riacquistato l'antico benessere ma ha continuato ad avere senso di malessere e di astemia, in questi ultimi tempi ha attacchi quotidiani di febbre intermittente che sopravvengono con sensazione di freddo nelle prime ore del pomeriggio e rimettono tra le 10 e le 12 pomeridiane con discreta sudorazione. Gli attacchi febbrili variano d'intensità da un giorno all'altro, anche quando la febbre è più elevata di solito non sorpassa i 39°. Tranne la febbre e l'astemia, l'infermo non ha attualmente altri disturbi anzi racconta che in qualche giorno in cui la febbre era più lieve ha provato ad alzarsi ed ha fatto anche il tentativo di riprendere il lavoro. Non ha alcun dolore a carico dell'addome e neppure senso abnorme di fastidio e di tensione in qualche parte di esso; non si è accorto di itterizia, non ha avuto epistassi. Ha fatto recentemente cura chininica ma senza giovamento. È congedato da 5 mesi; ha fatto il militare in Sardegna ove dice di avere avuto febbri curate con poco resultato col chinino; non risulta che nel periodo in cui fu in Sardegna avesse disturbi intestinali simili a quelli che ha avuto in seguito; l'infermo ammette solo di avere avuto in modo episodico qualche disturbo intestinale. In Sardegna era adibito alla custodia dei prigionieri austriaci.

Esame obbiettivo del 13 ottobre 1919:

Condizioni generali alquanto depresse, sensorio lucido, decubito supino, facies pallida.

P. 112. Resp. 26. Temp. 37.9.

Scheletro regolare, pannicolo adiposo scarso, muscoli flaccidi, cute intensamente pallida, pallore delle mucose visibili. Si notano edemi lievi degli arti inferiori; anche la cute del tronco in corrispondenza della parte inferiore dell'emitorace destro si presenta lievemente succulenta.

Normali gli apparati linfoghiandolare e locomotore.

Lingua con lieve patina, faringe nulla.

Il torace si presenta un po' svasato anteriormente e di lato alla base dell'emitorace destro: quivi gli spazi intercostali appaiono più ampi e pianeggianti in confronto del lato opposto; tipo del respiro misto. Nelle inspirazioni un po' energiche la metà destra nella porzione inferiore si espande di meno che a sinistra.

Nulla a carico degli apici. Posteriormente alla base dell'emitorace destro si nota una zona di riduzione di suono dell'altezza di circa 3 dita trasverse. Presenza di ottusità vertebrale. Non triangolo paravertebrale. Nella zona di riduzione di suono si ha diminuzione del fremito e del murmure vescicolare, nella parte più alta di detta zona si avverte anche qualche sfregamento. Diminuita la mobilità del margine polmonare inferiore destro al disopra della zona di ottusità.

Cuore: Nulla di particolare.

Addome: Sensibilmente protrudente e svasato nel quadrante superiore destro. Cicatrice ombellicale avvallata, reticolo venoso poco apparìscente, assenza di liquido libero.

Fegato: Il limite superiore dell'ottusità relativa si trova al terzo spazio intercostale sulla linea mammillare, sull'ascellare anteriore è alla quinta costola, sull'ascellare media presso a poco allo stesso livello: da questo punto la linea discende obliquamente in basso all'esterno fino a ricongiungersi posteriormente con il limite superiore della zona di ottusità descritta alla base dell'emitorace destro. Il margine inferiore del fegato si trova circa tre dita al disotto dell'arco costale: il margine è tagliente; la superficie liscia; la consistenza leggermente aumentata ma uniforme. L'ingrandimento del fegato riguarda il lobo destro, il lobo sinistro non appare ingrandito. Non si palpa la cistifellea. La pressione digitale non suscita dolore in alcun punto dell'aia epatica; la pressione sui punti del frenico non è dolente.

La milza non è ingrandita.

Genitali esterni sani.

Negativo l'esame del sistema nervoso.

I dati dell'anamnesi del nostro infermo conducevano ad ammettere in lui l'esistenza di una enterite a tipo dissenterico; i dati dell'esame obbiettivo ed i fenomeni generali deponevano per l'esistenza di una affezione flogistica del fegato cioè per un'ascesso epatico che è complicazione frequente della dissenteria e precisamente della dissenteria amebica. Ad ogni modo furono eseguite tutte le ricerche di laboratorio e per confermare sempre più la diagnosi e per escludere qualunque altra ipotesi etiologica della affezione epatica riscontrata.

Ricerche speciali eseguite nei primi giorni dopo l'ingresso dell'infermo nel nostro reparto.

Esame di sangue: Globuli rossi 3.400.000; globuli bianchi 12.000; emoglobina 58; valore globulare 0,88.

Preparato di sangue colorato (May-Grunwald-Giemsa). Nessuna alterazione a carico della serie rossa. Formula leucocitaria: polinucleari 79; eosinofili 2; linfociti e mononucleari 19.

Esame delle urine: Nulla di notevole all'infuori di traccie di albumina e di urobilina.

Esame radioscopico: Cupola diaframmatica più sollevata a d. che a s.; ombra epatica aumentata.

Reazione di Wassermann negativa.

Si esegue una *puntura esplorativa* al sesto spazio intercostale sull'ascellare media: si estrae liquido denso color cioccolata. L'esame microscopico del pus a fresco non fa riscontrare presenza di amebe (nè forme vegetative, nè forme cistiche). L'esame microscopico del pus dopo colorazione con bleu di metilene non fa rilevare presenza di elementi cellulari riconoscibili. Nel campo microscopico non si rilevano che detriti e frammenti di elementi cellulari non più bene identificabili.

L'esame batteriologico delle feccie eseguito nel laboratorio di questo ospedale fu anche negativo.

La sierodiagnosi fu negativa per l'ipotesi di una dissenteria bacillare.

Malgrado non si potesse avere nel nostro caso la dimostrazione batteriologica che si trattasse di dissenteria amebica essendo riuscite negative le ricerche sia sul pus dell'ascesso epatico sia sulle feccie, pure nessun dubbio poteva sussistere che si fosse trattato di dissenteria amebica complicata ad ascesso epatico. Infatti, come già dicemmo, all'esame microscopico del pus non furono riscontrati elementi cellulari riconoscibili ma un informe detrito a differenza che nel pus ordinario in cui si riscontrano oltre ai germi patogeni abbondanti leucociti in stato di conservazione più o meno completa: questo carattere, secondo Pontano, è non soltanto patognomonico dell'epatite amebica ma può essere sufficiente ad ammettere che nel caso speciale l'epatite era dovuta alla sola ameba e non ad altri germi; se anche avessimo trovato insieme al detrito informe altri germi non si sarebbe dovuto dare a questi ultimi valore causale.

Nella vera infezione mista quando cioè fossero contemporanei agenti etiologici dell'ascesso epatico sia le amebe sia i comuni piogeni il contenuto ascessuale conterrebbe sempre un notevole numero di cellule purulente riconoscibili. D'altra parte sappiamo che la negatività della ricerca delle amebe patogene nel contenuto ascessurale non infirma affatto la probabilità della natura amebica dell'epatite: è già stato dimostrato che raschiando la parete degli ascessi si possono mettere di solito in evidenza numerose amebe patogene anche quando il semplice esame del contenuto ascessuale era riuscito più volte negativo.

È superfluo discutere che nel nostro caso non si trattata di dissenteria bacillare complicata ad epatite suppurativa: sappiamo infatti che la dissenteria bacillare non si complica generalmente ad ascesso epatico tanto che Shiga nel Giappone in una diffusissima epidemia di dissenteria bacillare non riscontrò nessun caso di ascesso epatico; d'altra parte nel nostro caso l'esame sierodiagnostico era riuscito negativo per l'ipotesi di una dissenteria bacillare. Che se d'altra parte l'ascesso epatico fosse stato in relazione con una semplice enterite dissenteriforme, ovvero avesse avuto qualche altro punto di partenza non ci spiegheremmo il carattere di detrito del contenuto ascessuale nè la negatività dell'esame batteriologico rispetto ai comuni piogeni. Altri elementi erano inoltre in favore della natura amebica della dissenteria e dell'ascesso epatico. Il nostro infermo era stato poco prima di ammalarsi in Sardegna ed in contatto con i prigionieri austriaci tra i quali vi erano con probabilità casi di dissenteria, l'infermo cade quivi una prima volta malato: non ebbe disturbi intestinali notevoli ma solo in modo episodico, però noi sappiamo che l'inizio dell'infezione amebica può essere subdolo e talvolta anzi non aversi quasi affatto in un primo momento disturbi intestinali.

D'altra parte risulta che il chinino non aveva influenza netta sulle febbri avute dall'infermo in Sardegna e che furono interpretate come di natura malarica.

Nel nostro caso altri elementi suggerivano il pensiero di una dissenteria amebica e quindi di un'epatite della stessa natura, ad es., il carattere dei disturbi intestinali dall'agosto in poi, con la caratteristica alternativa di periodi di peggioramento e di false remissioni, l'inefficacia delle cure fatte dall'infermo per combattere i disturbi predetti; altro elemento che non va trascurato è l'inizio relativamente subdolo dell'affezione epatica: malgrado che il fegato all'ingresso dell'infermo in ospedale fosse già di notevole proporzioni e quindi presumibilmente il suo sviluppo fosse cominciato da tempo, l'infermo non accusava alcun disturbo alla regione epatica e non presentava nessuna delle irradiazioni caratteristiche dolorose che sogliono produrre le affezioni epatiche; risulta inoltre dalla storia clinica che anche pochi giorni prima dell'ingresso in ospedale nei momenti in cui la febbre mancava o era lieve l'infermo aveva provato ad alzarsi e financo di riprendere il lavoro. In alcuni casi di ascesso epatico dissenterico il decorso può essere assolutamente silenzioso sì che, come ricorda il Pontano, fu possibile lo scambio diagnostico con un sarcoma o con una epatite ipertrofica.

La natura sicuramente amebica sia della dissenteria, sia dell'epatite è inoltre nel nostro caso luminosamente comprovata dal resultato veramente confortevole che si ottenne dalla cura emetinica che fu iniziata dal prof. Carducci pochi giorni dopo l'ingresso dell'infermo in ospedale e che fu condotta sempre sotto la sua direzione. La cura fu iniziata il giorno 17 ottobre (iniezioni ipodermiche di cloridrato d'emetina, fiale preparate dalla casa Burrougas Wellcome e contenenti ciascuna 3 ctgr. di principio attivo); all'inferma durante la sua degenza nel nostro reparto furono praticate 4 serie di iniezioni, ciascuna serie era costituita di 12 fiale; ogni giorno si inietta va il contenuto di 3 o 4 fiale ossia complessivamente 9 o 12 ctgr. di principio attivo, la serie era quindi completata dopo tre o quattro giorni. Tra la 1ª e la 2ª serie il periodo intervallare fu di quattro giorni, tra la 2ª e la 3ª di una settimana circa, tra la terza e la quarta il periodo in-

tervallare fu un po' più lungo, del resto le ultime due serie furono praticate solo a scopo precauzionale perchè l'infermo aveva già dopo le prime 2 serie ottenuto non solo un miglioramento rapido ma aveva riacquistata una sensazione di benessere quasi completa. La scomparsa completa delle febbre si ebbe già dopo la prima serie di iniezioni; l'infermo che era notevolmente anemizzato e dispeptico riacquistò rapidamente l'appetito e progressivamente le forze; anche le condizioni morali dell'infermo migliorarono in modo sorprendente: infatti all'ingresso nel nostro reparto era molto avvilito e scoraggiato per l'inefficacia delle cure provate, aveva di quando in quando delle crisi di sconforto e di lagrime, era divenuto di una esagerata emotività onde si commuoveva e piangeva anche per cose futili; orbene l'infermo già dopo le prime iniezioni riacquistò rapidamente una sensazione subbiettiva di benessere tanto che in seguito il suo stato divenne addirittura euforico. Anche i disturbi intestinali cessarono completamente dopo le prime iniezioni. Contemporaneamente si notava in lui uno stato di sanguificazione sempre migliore, l'infermo riacquistava gradatamente il tono dei tessuti ed ingrassava di giorno in giorno. Possiamo affermare che dopo la seconda serie di iniezioni l'infermo era già apparentemente guarito e tacevano in lui tutti i sintomi morbosi che lo avevano indotto a ricorrere in ospedale. Il miglioramento progressivo del colorito e delle forze era confermato da esami successivi di sangue che dimostrarono una cifra di globuli rossi sempre più vicina al normale, contemporaneamente all'esame clinico e radiòlogico risultava una sensibile diminuzione del volume del fegato. L'infermo dopo circa tre settimane dall'ingresso era già in condizione di poter essere dimesso; se la sua degenza nel nostro reparto è stata più lunga ciò si deve alla giustificata prudenza con cui s'era interpretato il rapido miglioramento ottenuto ed al timore di nuova possibile riaccensione del processo; d'altra parte si volevano praticare all'infermo un numero maggiore d'iniezioni allo scopo di combattere possibilmente il male alle radici pensando che non facilmente avrebbe proseguito, almeno a semplice scopo profilattico, una cura fastidiosa e costosa una volta che fosse ritornato al suo piccolo paese.

Fu definitivamente dimesso il 21 dicembre perchè aveva espresso il vivo desiderio di passare in famiglia le feste natalizie: da più di un mese l'infermo si considerava già guarito tanto che malgrado gli ordini in contrario stava alzato buona parte del giorno; si era non soltanto notevolmente ingrassato ma il colorito del suo volto era divenuto acceso sì che aveva un aspetto quasi pletorico; l'infermo diceva che si trovava in condizioni fisiche uguali a quelle dei migliori momenti della sua vita.

Fu consigliato naturalmente quando fu dimesso di ripetere di quando in quando qualche serie di iniezioni di emetina e di farsi rivedere se avesse qualche lieve riaccensione dell'infezione amebica; ormai è passato circa un mese dal giorno in cui fu dimesso e non essendosi presentato dobbiamo ritenere che persista lo stato di benessere assoluto.

Le ragioni di obbiettività che hanno presieduto alla esposizione di questo caso clinico impongono però di rilevare che l'infermo perfettamente guarito per quanto riguarda lo stato generale e subiettivo presentava ancora al momento in cui fu dimesso un fegato sensibilmente ingrandito quantunque evidentemente diminuito rispetto al momento dell'ingresso nel reparto. Della persistenza di un sensibile ingrandimento si aveva la conferma nei successivi esami radiologici praticati all'infermo. Noi invece sappiamo che in alcuni dei più brillanti risultati ottenuti dal Pontano il fegato riacquistò un volume pressochè normale in uno spazio di tempo molto inferiore a quello della degenza del nostro infermo. Dobbiamo per questo essere dubbiosi che la guarigione conmpleta avvenga nell'ascesso epatico per riassorbimento completo del tessuto epatico necrosato e rammollito allo stesso modo che come ricordava il Pontano nel suo felice parallelo si ha il riassorbimento del prodotto gommoso sotto l'influenza della cura specifica?

A me non pare in quanto è possibile che a seconda di varie circostanze (grandezza dell'ascesso, esistenza o meno della capsula delimitante e spessore di questa capsula) il riassorbimento del liquame ascessuale può essere più o meno rapido e forse più o meno completo.

Il Pontano accenna appunto al riassorbimento molto più lento e talvolta incompleto di vasti ascessi epatici delimitati da capsula spessa e fibrosa. Nulla osta quindi di ammettere che a seconda dei casi la guarigione possa aversi con diversa modalità o per riassorbimento completo del materiale necrotico ovvero per formazione di una robusta capsula fibrosa tutto attorno al contenuto ascessuale concretizzato e magari in parte calcificato. Sia che la guarigione avvenga nell'uno o nell'altro modo non viene ad essere affatto diminuito il valore della cura emetinica nè viene in alcun modo infirmata l'affermazione del Pontano che la cura medica è sufficiente per la guarigione dell'ascesso epatico dissenterico e che non v'è affatto necessità di cura chirurgica e neppure della semplice aspirazione del contenuto dell'ascesso. Il nostro malato è appunto grazie alla cura me-

dica specifica uscito dal reparto in ottime condizioni tanto che non solo non è stato necessario un intervento chirurgico ma neppure una semplice aspirazione.

L'esposizione assolutamente obbiettiva ed imparziale del caso clinico occorso alla nostra osservazione m'è parso che meritasse di essere resa nota in quanto è un esempio probativo non soltanto della specificità della cura emetinica nella cura della dissenteria e delle sue complicanze ma è anche una conferma dell'affermazione di Pontano che cioè l'ascesso epatico dissenterico guarisce con la semplice cura medica. Che se poi la guarigione avvenga preferibilmente per completo riassorbimento del contenuto ascessuale ovvero per incapsulamento del materiale necrotizzato è questione che esorbita dal còmpito che mi era prefisso e che era quello di esporre semplicemente il caso clinico. In un periodo in cui v'è una farragine di rimedi nuovi, inutili quando non dannosi, è bene che la fiducia del medico si concentri sopra i farmaci che hanno azione veramente specifica. L'emetina merita realmente di essere elencata insieme ai rimedi veramente specifici della farmacopea cioè al chinino, al mercurio, al salicitato sodico, ecc.

Rendo grazie al mio Primario prof. Carducci, di avermi permesso la pubblicazione di questo caso e dei resultati ottenuti dalla cura specifica che volle praticare nel malato: quanto ho modestamente esposto ha avuto la sanzione del vigile suo controllo.

RIVISTE SINTETICHE.

L'anestesia organica e l'anestesia funzionale.

La diagnosi della natura di un difetto della sensibilità cutanea ha una notevole importanza non solo clinica, e quindi prognostica e terapeutica, ma anche medico-legale. Nella maggioranza dei casi tale accertamento è agevolato o convalidato dalla coesistenza di altri sintomi di non dubbia natura. Ma può capitare che fatti di diversa natura, organica o funzionale, possono mescolarsi o sovrapporsi, ed allora la diagnosi del disturbo sensitivo risulta ancora più incerta e difficile: i fatti concomitanti, motori e trofici, non dànno luce ai fenomeni sensitivi, come non ne ricevono.

A ciò bisogna aggiungere che l'esame della sensibilità presenta per sè stesso sause di errore in rapporto al fatto che esso si fonda unicamente sulle asserzioni dell'esaminando. Senza dire che anche quando si esamina la sensibilità cutanea di individui sani e che non hanno interesse ad ingannare, le risposte non sono sempre uniformi. Così saggiando la sensibilità col toccamento e rispettivamente con la puntura di una capoccia e di una punta di spillo le risposte per un certo tempo sono corrette, ma presto o tardi la risposta diventa meccanica; il soggetto finisce per dire di essere toccato o punto quando non lo è o viceversa, ed anche quando alla puntura si sostituisce una sensazione di bruciore il soggetto continua a dire di essere punto, perchè non è più capace di discriminare le differenti sensazioni.

Non minori possibilità di errore insidiano quando si cerca di delimitare esattamente una zona di anestesia. I limiti delle aree anestetiche possono variare in epoche differenti non solo nelle forme funzionali, ma anche nelle forme organiche. Tanto che la variabilità della estensione delle aree di anestesia non costituisce un criterio assoluto di diagnosi differenziale fra l'anestesia organica e funzionale, e tanto meno, almeno entro certi limiti, elemento sicuro per negare la reale esistenza del difetto sensitivo.

Conviene inoltre tener presente che la sensibilità cutanea varia quantitativamente nei differenti individui. Gli operai degli alti forni, delle fornaci ed in genere tutti quegli individui, che per ragione del loro mestiere sono abituati a tener le mani a contatto con oggetti caldi, sopportano gradi di calore intollerabili per persone a sensibilità normale. Analogamente le parti di cute indurite o ricoperte di callosità avvertono le punture o gli oggetti freddi e caldi come semplice contatto.

A queste cause di errore puramente fisiche vanno aggiunte altre più delicate di origine psichica. Un dolore, un eccitamento, le emozioni, spesso quella determinata dal fatto stesso dell'esame, la stanchezza, il fastidio dell'esame quando questo si potrae a lungo possono distrarre l'esaminando, che dà quindi risposte inesatte. Tutto ciò senza tener conto delle difficoltà che si incontrano in individui di bassa intelligenza.

L'esame della sensibilità richiede molta cura e molta pazienza da parte dell'esaminatore, il quale, per avere risultati sicuri e dare giudizi esatti, deve tener conto di tutte le possibili cause di errore, e cercare di evitarle.

Il miglior metodo per saggiare la sensibilità cutanea è quello che meno distrae e meno fa giocare la volontà dell'esaminando. Dopo avergli bendato gli occhi, si tocca leggermente con un pennellino, con un batuffolo di ovatta o con una capocchia di spillo la parte sospettata anestetica, e si invita l'esaminando a dire « ora » ogni qual volta è toccato, oppure indicare con un

dito il punto toccato. Non bisogna mai domandare: «sentite?» «dove sentite?» Così facendo si farebbe opera di suggesione provocando risposte in un senso o nellaltro non esatte.

Dopo aver saggiata la sensibilità tattile, si esaminerà quella dolorifica, la termica, la muscolare, la stereognostica, la vibratoria secondo le norme indicate nei libri di testo, tenendo conto, come si vedrà, che la dissociazione di tali forme di sensibilità è un elemento di primo ordine per la diagnosi differenziale della natura dell'anestesia.

***

L'anestesia organica è determinata dalla distruzione di centri sensitivi dell'encefalo o del midollo, o dalla interruzione delle fibre sensitive che congiungono le parti periferiche con detti centri. I processi patologici che conducono a queste lesioni sono molteplici, come molteplici sono le sindromi cliniche a base schiettamente organica nella cui fenomenologia entrano i difetti della sensibilità.

Le differenze cliniche tra anestesia organica e funzionale sono ben definite. Le due forme di anestesia hanno caratteri propri, che permettono nella maggioranza dei casi una diagnosi sicura.

Gli elementi fondamentali che conducono alla diagnosi di anestesia organica sono i seguenti:

1° *Dati anamnestici.* — I fatti antecedenti o determinanti i disturbi sensitivi costituiscono un dato di fatto di grande ausilio per l'accertamento diagnostico della natura del disturbo. Il fatto che un individuo ha sofferto malattie infettive (difterite, influenza, tifo, ecc.) che la esperienza ha dimostrato essere cause efficienti di processi neuritici costituisce un elemento in favore di un disturbo organico. Analogamente il precedente di un trauma in corrispondenza di centri sensitivi od in vicinanza di tronchi nervosi, il cui territorio di distribuzione corrisponde con quello della zona anestesica o ipostesica è un fatto che depone per la diagnosi di disturbo sensitivo di origine organica;

2° *Distribuzione della zona di anestesia.* — Si può senz'altro escludere l'anestesia funzionale e far diagnosi di anestesia organica:

a) quando l'area di anestesia corrisponde più o meno esattamente alla distribuzione sensitiva di un nervo periferico;

b) quando l'area di anestesia corrisponde alla distribuzione sensitiva di una radice spinale o di un segmento midollare;

c) quando il limite superiore dell'anestesia corrisponde esattamente al limite superiore della distribuzione sensitiva di un segmento midollare o di una radice spinale.

L'anestesia crociata dipende generalmente da lesioni organiche: così l'anestesia della faccia di un lato e l'anestesia del tronco e degli arti del lato opposto è determinata da una lesione pontina; l'anestesia di una gamba e di parte del tronco con paralisi dell'altra gamba è determinata da una emilesione midollare.

Un criterio molto importante per la diagnosi differenziale tra anestesia organica ed anestesia funzionale è dato da alcuni caratteri e dalla direzione del limite superiore del disturbo sensitivo. Nelle forme funzionali, quando il disturbo non colpisce tutto un arto, il limite tra zona insensibile e zona sensibile è per lo più deciso e costituisce una linea quasi netta. D'altra parte la linea limite ha una direzione ad angolo retto con l'asse dell'arto.

Nelle anestesie invece dipendenti da parecchie lesioni midollari, delle radici spinali, e dei singoli tronchi nervosi la direzione del limite dell'anestesia è più o meno parallelo all'asse dell'arto. Questo reperto non è così netto in altre affezioni organiche come in alcune lesioni cerebrali, nella polinevrite ed anche in qualche caso di siringomielia e di emorragie midollari; comunque in queste forme il limite dell'anestesia e l'asse dell'arto non formano mai un angolo così schiettamente retto come nelle forme funzionali.

3° *Disturbi delle varie forme di sensibilità.* — Il contegno delle verie forme di sensibilità costituisce un elemento non trascurabile per la diagnosi differenziale fra anestesia organica ed anestesia funzionale. È ben nota la dissociazione della sensibilità nelle forme di origine corticale e nella siringomielia. Comunque in linea generale si può affermare che è più probabile che si tratti di un'anestesia organica quando sono conservate la sensibilità tattile e dolorifica ed è perduta quella termica, specie per il freddo. Analogamente si devono ritenere di natura organica quelle forme nelle quali essendo conservate tutte le altre sensibilità, manca il senso stereognostico.

Un elemento diagnostico sul quale ha recentemente insistito Williamson è dato dal contegno della sensibilità vibratoria. Questa sensibilità, come è noto, si saggia appoggiando il piede di un grosso diapason in vibrazione sulla prominenza o superficie sottocutanea di un osso (malleoli, superficie della tibia, spina iliaca anterior superiore, processo stiloide dell'ulna, sterno, ecc.). In condizioni normali nei punti sui quali poggia il diapason si avverte una peculiare sensazione vibratoria. La mancanza di questa sensibilità si può avere tanto nelle forme organiche che in quelle funzionali, ma talvolta essa costituisce l'unico difetto sensitivo di una sindrome organica.

4° *Disturbi collaterali.* Nella grande maggioranza dei casi i difetti della sensibilità non sono

isolati, essi sono accompagnati da disturbi più imponenti e più significativi e che il più delle volte costituiscono i fatti essenziali che richiamano l'attenzione sui concomitanti disordini sensitivi. Così saranno quasi sicuramente di natura organica quelle forme di anestesia che si constatano in individui affetti da malattie organiche del sistema nervoso come la tabe, le siringomielia, ecc. Si è detto quasi sicuramente e non sicuramente perchè non si può escludere che in certe forme di sindromi nervose organiche alle anestesie dipendenti da lesioni anatomiche del sistema nervoso si possono aggiungere o sopvapporre manifestazioni funzionali.

D'altra parte parlano in favore della natura organica dell'anestesia l'assenza o l'indebolimento dei riflessi cutanei nelle zone corrispondenti, la presenza di disturbi trofici, di disordini della secrezione sudorale, la cianosi, la diminuzione della temperatura locale.

***

I disturbi sensitivi costituiscono uno dei sintomi più comuni della sindrome isterica. Nulla di sicuro si conosce sulla essenza e la causa delle anestesie isteriche, che per il solo criterio negativo dela mancanza di apprezzabili lesioni anatomiche, sono denominate funzionali. Le ipotesi avanzate per spiegare tali fenomeni sono numerose quanto contradditorie e non soddisfacenti, ed è quindi ozioso, almeno per l'argomento che ci occupa, elencarle.

I caratteri fondamentali delle anestesie isteriche sono:

1° *Dati anamnestici.* Le anestesie isteriche o funzionali si manifestano per lo più improvvisamente spesso dopo un'emozione o in seguito a suggestione. La persona che ne soffre non ne ha coscienza in quanto che l'anestesia isterica in genere non determina alcun disturbo o impedimento funzionale. Ed in ciò sta uno dei segni differenziali dalle forme organiche, in quanto che queste quando sono totali sono praticamente accompagnate per varie ragioni da disturbi motorî. L'anastesia isterica è spesso messa in evidenza dal medico.

Naturalmente i precedenti, la personalità del paziente costituiscono dati fondamentali per la diagnosi differenziale. Se il difetto sensitivo si verifica in individui che hanno precedentemente sofferto di convulsioni isteriche la natura funzionale di esso è più che sospetta.

2° *Distribuzione della zona di anestesia.* Quel che si è detto per la diagnosi di anestesia organica vale in senso negativo per l'accertamento della anestesia funzionale, in quanto che l'area insensibile in questa ultima forma in genere non corrisponde al territorio di distribuzione dei nervi periferici, delle radici spinali o dei segmenti midollari.

Analogamente non è necessario far cenno dell'altro criterio differenziale dato dalla direzione del limite superiore dell'anestesia, il quale nelle forme funzionali, a differenza di quanto avviene nella maggior parte delle forme organiche, forma con l'asse dell'arto un angolo retto.

Nè vale ripetere che il limite stesso è netto senza zone di transazione tra l'area sensibile e quella insensibile.

Le anestesie isteriche possono colpire metà del corpo ed allora hanno per limite per lo più esattamente la linea mediana del corpo; possono colpire un'arto intero ed allora si fermano alla radice del medesimo; possono colpire una porzione di arto ed allora sono distribuite per lo più in modo speciale, a mo' di guanto all'arto superiore, di scarpa o di calza a quello inferiore.

3° *Disturbi delle varie sensibilità.* L'anestesia isterica nella maggior parte dei casi riguarda tutte le forme di sensibilità, ciò nondimeno a differenza di quanto avviene nelle forme organiche nelle quali la dissociazione è più frequente, i disturbi funzionali mancano del tutto. Il paziente può essere colpito da anestesia tattile, muscolare, stereognostica e tuttavia non presenta incoordinazione dei movimenti. Presenta anestesia termica e tuttavia non presenta segni di scottature.

Un carattere notevole della analgesia isterica si è che l'applicazione di stimoli dolorosi può determinare alcuni concomitanti fisici del dolore, come la dilatazione papillare e l'acceleramento del polso, senza che il paziente avverta sensazioni moleste Nella maggioranza dei casi pare che il dolore è ben avvertito da tutti i centri nervosi e solo la coscienza del soggetto non lo percepisce.

Un'altro carattere delle anestesie isteriche è la loro variabilità in riguardo alla sede ed all'ampiezza: possono scomparire, restringersi, cambiar di sede, allargarsi per effetto di suggestione o anche spontaneamente.

L'esame della sensibilità vibratoria può dare talvolta risultati conclusivi per la diagnosi di anestesia funzionale. Negli individui normali le vibrazioni del diapason sono sentite non solo nel punto di appoggio ma con intensità leggermente minore per tutto l'osso. Nei casi di anestesia di parte di un arto o di un lato del corpo, un osso lungo può trovarsi in parte nella zona insensibile ed in parte nella zona a sensibilità integra. Quando il diapason vibrante è applicato nella prima parte le vibrazioni sebbene non sentite nel punto di applicazione, saranno sentite nella parte non anestetica e ciò perchè le vibrazioni si diffondono a tutto l'osso. Ciò nell'anestesia organica. Quando invece l'anestesia è funzionale le cose vanno diversamente. Le vibrazionoi non sono sentite in

nessuna porzione dell'osso, tanto in quella corrispondente alla zona anestetica come in quella corrispondente alla zona sensibile, quando il diapason è poggiato sull'osso entro i limiti dell'erea insensibile, e sono invece chiaramente percepite per tutta la lunghezza dell'osso quando il diapason è poggiato sulla zona sensibile.

4° *Disturbi collaterali*. Le anestesie isteriche sono nella grande maggioranza dei casi accompagnate da disturbi dei sensi specifici. Si tratta per lo più di disturbi sensitivo-sensoriali.

Il fatto più comune è il restringimento concentrico del campo visivo. La perdita della sensibilità retinica può riguardare tutti i colori, come soltanto alcuni di essi. Il restringimento del campo visivo può giungere a tanto da dare l'amaurosi completa che per lo più è unilaterale. La caratteristica di questo disturbo visivo si è che esso non è avvertito dal paziente fino a quando il medico non lo svela. E' un disturbo di cui il soggetto si accorge solo quando vi si richiama su l'attenzione da qualcuno, per lo più da un medico. Per l'anestesia retinica si ha su per giù quel che accade per l'anestesia cutanea. Spesso l'una e l'altra sono il prodotto degli esami medici. L'una e l'altra si manifestano quando vi si richiama l'attenzione del paziente, il che contrasta con la teoria per la quale i disturbi isterici sarebbero determinati da disattenzione.

Comunque come l'anestesia tattile, l'anestesia muscolare, l'anestesia stereognostica, l'anestesia termica di natura isterica non provoca disturbi o inconvenienti di sorta, così l'anestesia concentrica della rètina negli isterici anche quando sia molto accentuata non determina alcun imbarazzo o difetto di condotta.

Il ristringimento concentrico del campo visivo è un fenomeno caratteristico dell'isteria. Le lesioni organiche di qualunque tratto delle vie ottiche dànno anopsie segmentarie, la cui disposizione varia a seconda del tratto leso.

L'anestesia isterica oltre che dai detti disturbi sensitivi può esere accompagnata da sordità o ipoacusia con anestesia del padiglione, del condotto uditivo esterno, da anosmia ed ageusia con anestesia della mucosa del naso e rispettivamente della lingua.

***

La diagnosi delle anestesie organiche per quel che riguarda la distinzione dalle analoghe forme funzionali presenta difficoltà differenti a seconda che il disturbo sensitivo sia prodotto da lesioni dell'encefalo, del midollo o dei nervi periferici.

Le forme più comuni di anestesia, in rapporto a lesioni cerebrali, sono quelle determinate da focolai distruttivi della capsula interna e dei gangli basali. Queste lesioni determinano emianestesia, che è anche una delle forme più comuni dell'anestesia isterica. Non pochi sono i caratteri che distinguono l'uno dall'altra forma, e che permettono di fare con relativa facilità la diagnosi differenziale:

1° Se l'emianestesia non è accompagnata da emiplegia, emiparesi, emicorea, emiatetosi, emitremore è probabilmente funzionale;

2° Se l'emianestesia è accompagnata da emianopsia è organica, se è invece accompagnata da restringimento concentrico del campo visivo bilaterale o da cecità e sordità dello stesso lato (senza alterazione del fondo oculare) è probabilmente funzionale.

3° Se l'emianestesia è accompagnata da incoordinazione di movimenti è probabilmente organica;

4° Nell'amianestesia organica la perdita della sensibilità non raggiunge la linea mediana del corpo ed il limite non è netto, d'altra parte il disturbo sensitivo non ha la stessa intensità in tutte le parti;

5° Un'emianestesia totale, uniforme, completa estendendosi esattamente fino alla linea mediana del corpo è quasi certamente funzionale;

6° L'insensibilità nell'amianestesia organica è più marcata agli arti, e specialmente al braccio, che alla faccia ed al tronco, e spesso è più decisa alla parte distale che alla parte prossimale degli arti.

I disturbi sensitivi dipendenti da lesioni corticali assumono un complesso sintomatico non ancora ben definito, ma che in tutti i modi è sicuramente differente da quello derivante da lesioni del talamo e del tronco encefalico. Le differenze sintomatiche dipendenti da focolai distruttivi della zona sensitiva, che è prevalentemente rappresentata dalla parietale ascendente o rolandica posteriore, pare siano in rapporto con la estensione e localizzazione delle lesioni. Dejerine ha descritto due principali sindromi corticali. Nella prima si ha alterazione del senso di attitudine, del senso di localizzazione, del senso di discriminazione tattile, astereognosia, mentre la sensibilità tattile, dolorifica e termica sono poco compromesse. Nella seconda sindrome invece mentre sono molto alterate la sensibilità dolorifica, termica e vibratoria resterebbero normali tutte le altre sensibilità. Le due sindromi descritte da Dejerine secondo gli ultimi studi fatti su materiale da guerra non sarebbero costanti, nel senso che possono verificarsi altri tipi di dissociazione sensitiva in rapporto a lesioni corticali. Comunque agli effetti della diagnosi differenziale con l'anestesia funzionale è bene tener presente la possibilità di questa dissociazione, per quanto non manchino altri criteri che facilitino la distinzione.

Le lesioni trasverse del midollo spinale determinano un'anestesia corrispondente alle zone di distribuzione segmentaria del midollo e radicolare, facilmente riconoscibile. In ogni caso in rapporto al fatto che la cute dello scroto e delle regioni glutee ha i propri centri sensitivi midollari nella parte più bassa del midollo conviene tener presente che l'anestesia di tali parti è presso che costante in qualunque lesione trasversa del midollo. Così un'anestesia anche molto diffusa degli arti inferiori con sensibilità integra dello scroto e delle regioni glutee difficilmente dipende da una lesione trasversa del midollo. Oltre a ciò a differenza di quanto si ha nelle forme funzionali, nelle lesioni midollari trasverse, il limite dell'anestesia al tronco forma con l'asse del corpo un angolo retto ed agli arti è parallelo con l'asse dell'arto stesso.

L'anestesia funzionale rassomiglia molto, donde la possibilità di confusione, all'anestesia dei casi di siringomielia e di ematomielia nei quali si hanno difetti sensitivi che assumono una distribuzione a forma di calza o di guanto o il cui limite inferiore forma con l'asse dell'arto un angolo più o meno retto. In questi casi però le norme già accennate saranno sufficienti per condurre alla esatta diagnosi.

Le anestesie dipendenti da lesioni radicolari hanno una distribuzione troppo caratteristica per potere ingenerare confusione. Difficoltà si possono incontrare nelle forme dipendenti delle lesioni della caunda equina, nella quali il criterio della distribuzione non è da solo sufficiente: in tali casi gioveranno altri elementi e sopra tutto i disturbi collaterali.

Nelle lesioni dei singoli nervi la zona di anestesia non sempre corrisponde all'area di distribuzione sensitiva del nervo. L'area anestetica va col tempo riducendosi e può anche scomparire anche permanendo la interruzione del tronco nervoso. Questo dato di fatto va tenuto presente per evitare possibili errori.

Nella polineurite le difficoltà diagnostiche per quel che riguarda i disturbi sensitivi sono anche maggiori. L'anestesia può colpire una sola parte dell'arto, il piede e la mano ad es., ed il limite della zona anestetica può formare con l'asse dell'arto un angolo più o meno retto come nelle forme funzionali. Ma l'anestesia non è nettamente limitata, la sensibilità tattile non è completamente perduta e la sensibilità vibratoria manca prima di ogni altra forma di anestesia. Qualche volta c'è anestesia tattile combinata ad iperalgesia e viceversa.

I criteri accennati possono essere sufficienti per la diagnosi differenziale tra anestesia organica ed anestesia funzionale. Ma in molti casi per la esattezza della diagnosi non basta l'esame diretto della sensibilità: altri elementi sono necessari: i precedenti del soggetto, i fattori etiologici, i fenomeni determinanti e quelli concomitanti. Il dato di fatto del disturbo sensitivo nella maggioranza dei casi non è di per sè stesso elemento sufficiente per una diagnosi di natura e di sede di una lesione nervosa per quanto possa essere un notevole elemento di conferma. Si è per altro già accennato al fatto che ai disturbi di sicura natura organica possono aggiungersi fatti funzionali. Questa possibilità di inquinamento rende meno sicuro ogni giudizio su fenomeni che già di per sè stessi sfuggono a inoppugnabili controlli obbiettivi.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Il liquido cefalo-rachidiano nella diagnosi differenziale delle meningiti e delle reazioni meningo-encefaliche.

(G. ARAOZ ALFARO. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*. luglio-agosto 1919).

Lo studio del liquido cefalo-rachidiano comprende tre fasi principali successive. Nella prima si esaminarono solo l'aspetto macroscopico e la pressione e si ricercò la presenza dei batteri. In questo periodo, sopratutto per opera di autori tedeschi furono distinte e caratterizzate la meningite cerebro-spinale epidemica, la meningite tubercolare, le emorragie meningee, ecc. Nella seconda fase, specialmente per opera della scuola italiana (Concetti, Mya, Flamini, ecc.) e francese (Widal, Ravaut, Sicard, Achard, ecc.), fu praticato l'esame istologico a scopo diagnostico.

Nella terza fase finalmente fu fatto lo studio chimico e biologico del liquido: si dosarono i diversi elementi di esso, l'urea, l'albumina, i cloruri, lo zucchero e furono messi in evidenza certi proteidi con reazioni speciali (Nonne, Noguchi, Appelt, ecc.).

La puntura lombare, non considerando il liquido emorragico, può dare esito a liquido purulento o puriforme, francamente torbido o a liquido chiaro perfettamente limpido, o appena torbido.

Liquido purulento o puriforme torbido. — In tal caso dal solo aspetto macroscopico si fa la diagnosi di meningite purulenta batterica e poca importanza ha l'esame citologico, per solito formato di polinucleari in grande preponderanza più o meno degenerati, mentre ha grande valore la diagnosi batteriologica. Questa generalmente è

facile e solo raramente si deve ricorrere alla prova biologica della inoculazione.

Possono riscontrarsi il meningococco, lo pneumococco, lo streptococco, lo stafilococco e più raramente il bacillo di Eberth, il bacillo di Pfeiffer, ecc. La citodiagnosi può aver valore solo per stabilire un miglioramento della meningite, quando per es. i polinucleari vanno diminuendo mentre aumentano i linfociti. In casi di morbillo è stato trovato un liquido puriforme, torbido, asettico con polinucleari ben conservati (Lemierre, Michaux, Lunasset). Praticamente non ha valore lo studio chimico, crioscopio, ecc.

Liquido chiaro perfettamente limpido o appena torbido. — Questo liquido dopo estratto, se lasciato in riposo per qualche ora, può presentare un finissimo reticolo in forma di tela di ragno (reticolo di Mya), ritenuto da alcuni caratteristico della meningite tubercolare. Altre volte si nota una lieve tinta giallognola, dovuta secondo alcuni a trasformazione dell'emoglobina per minime emorragie antecedenti, o secondo altri a materia colorante biliare. Più raramente il liquido può solidificarsi rapidamente in una massa gelatinosa giallognola, nella quale l'esame microscopico fa rilevare numerosi elementi sanguigni. Secondo Froin il fenomeno sarebbe dovuto a considerevole quantità di fibrina nel liquido cerebro-spinale e si osserverebbe in processi meningei spinali (meningo-mielite, compressioni da tumori, ecc.).

L'esame citologico del liquido ha una grande importanza, e deve praticarsi dopo averlo centrifugato per circa 15-20 minuti.

La colorazione del sedimento si fa coi comuni coloranti. Nella grande maggioranza dei casi nei liquidi limpidi delle meningiti la formula leucocitaria dà 70-80 e anche 95 % di linfociti, associati talvolta a un discreto numero di emazie.

Widal e la sua scuola in principio ritennero questa formola caratteristica delle meningiti tubercolari, in opposizione alla formola con prevalenza di polinucleari dei liquidi purulenti. Osservazioni di Concetti, Flamini, Weill, ecc., hanno però dimostrato in casi indiscutibili di meningite tubercolare una formola con prevalenza di polinucleari, fatto confermato anche da molte osservazioni di Morquio, di Montevideo. Concetti, Mya e Morquio spiegano ciò con l'abbondanza dei bacilli nel liquido, come se questi bacilli producessero un'infezione meningea più intensa, sicchè ne risulterebbe come nelle altre infezioni acute una reazione prevalente polinucleare. Non sempre però si è trovata in tali casi questa grande quantità di bacilli e allora si è attribuita la polinucleosi all'esistenza di un tubercoloma cerebrale o alla coesistenza di una tubercolosi miliare (Morquio).

Prevalenza di polinucleari sui linfociti o formula mista di linfociti o polinucleari nella stessa quantità si sono del resto riscontrate in liquidi cefalo-rachidiani con presenza del bacillo di Koch.

Una formula quasi esclusiva o prevalente linfocitica oltre che nelle meningiti tubercolari si riscontra anche in altri processi meningei infiammatorî o puramente reattivi. I più conosciuti di questi sono i seguenti:

a) *la meningite sifilitica.* Si differenzierà dalla tubercolare mediante le reazioni chimiche, l'esame batteriologico, la reazione di Wassermann e *ab juvantibus;*

b) *la meningite cerebro-spinale epidemica in avanzato miglioramento o in convalescenza.* Si differenzierà per gli antecedenti, per l'evoluzione continua della formola leucocitaria verso la linfocitaria, per l'eventuale constatazione del meningococco;

c) *la poliomielite di forma meningea* (malattia di Heine-Medin). — La rapidità dell'inizio, l'apparizione sebbene tardiva delle paralisi, la concomitanza di altri casi permettono la diagnosi differenziale con la meningite tubercolare;

d) *la meningite parotidea,* che nella forma acuta simula una meningite cerebro-spinale, dalla quale si distingue per il liquido chiaro, privo di batteri, per solito con linfocitosi, talvolta a formula mista;

e) *la meningite sierosa,* entità clinica oscura, nella quale più che di reazione meningea si tratta forse di processo infiammatorio dei plessi coroidei. Il liquido è sempre privo di batteri;

f) *le reazioni meningee nel corso di molte malattie infettive* (tifo, polmonite, broncopolmonite, setticemia, scarlattina, otite, malaria, ecc.), *e di alcune autointossicazioni* (uremia, acidosi, intossicazione di Finkelstein, ecc.). Queste reazioni meningee si dissiperebbero rapidamente senza lasciare tracce, ciò che le distinguerebbe dalla meningite sierosa. Le modificazioni del liquor sono minime: talvolta lieve aumento di albumina, e degli elementi cellulari, altre volte il liquido è però perfettamente normale ed è solo aumentata la quantità.

Per la diagnosi differenziale colle vere meningiti è importante la numerazione degli elementi cellulari del liquor, la quale può esser fatta con la cellula di Nageotte. Con questo metodo la cifra degli elementi oscilla fra 1-3 per mmc. nel liquor normale non centrifugato. (Jeanselme, Chevallier, mad.lle Condot). In alcune malattie, tetano, corea, si trovano talvolta 2-3 elementi per mmc., tal'altra più; nella polmonite e nell'in-

fluenza 2-3-4 per mmc.; in lesioni meningo-encefaliche e midollari croniche in evoluzione si trovarono cifre moderate: 7-8-10 per mmc.; nella meningite tubercolare le cifre oscillano fra 50-300. Per potersi parlare di meningite tubercolare dovrebbero aversi almeno 50 elementi per mmc. Nella meningite sifilitica non si passa di solito la cifra di 30-40, ma talvolta si può arrivare a 200.

Esame batteriologico e reazioni biologiche. — Mentre l'esame batteriologico nei liquidi cefalo-rachidiani dà quasi sempre e facilmente risultato positivo, non è così per quelli limpidi, specialmente quando si ricerca il bacillo di Koch. Per ciò che riguarda la meningite parotidea e la poliomielite a forma meningea non conosciamo ancora gli agenti infettivi che le producono.

Nella *meningite tubercolare* secondo alcuni autori si ritroverebbe il bacillo in una percentuale alta: 75-90 % (Heubner), secondo altri (Repaci) si troverebbe sempre. Occorre però guardare molti preparati e a lungo. Una prova più sicura della presenza del bacillo di Koch si ha con la inoculazione del liquor nel peritoneo della cavia; processo che però fornisce risultati troppo tardivi.

Nelle meningiti sifilitiche solo in un caso di Rach si sarebbe trovato la spirochete. La reazione di Wasserman sarà in tali casi di grande valore.

Poco utile è la *precipito-reazione di Vincent* per la diagnosi della meningite cerebro-spinale epidemica.

STUDIO CLINICO. — *Il dosaggio dell'albumina* ha valore secondario in confronto alla numerazione degli elementi cellulari. Questi due dati, del resto, vanno di pari passo. Nel meningismo, nelle reazioni meningee, nella meningite sierosa, dove i linfociti sono appena più della norma, l'albumina è di 0,20-0,25-0,30 per mille.

Nelle meningiti con liquido chiaro va da 0,50 per mille a 0,75 per mille o poco più.

Nei liquidi torbidi si hanno cifre di 1-2 per mille.

Le reazioni di Nonne, Appelt, Noguchi hanno indubbiamente valore per la diagnosi della sifilide del sistema nervoso centrale, ma possono talvolta aversi anche nella meningite tubercolare.

La reazione di Boveri è un segno di liquido patologico, di alterazione dei corpi proteidi del liquido cefalo-rachidiano.

La reazione consiste nell'aggiungere a 1 cc. di liquor una stessa quantità di soluzione di permanganato di potassio all'1 per mille. Se è positiva si ha colorazione giallo-paglia, reazione che è intensa se avviene prima di due minuti, media fra 3-4, debole fra 5-10, negativa più tardi.

Interessante è la *reazione di Nobel con la ninhindrina.* A un centimetro cubo di liquido cefalo-rachidiano si aggiunge 1/10 di cc. di soluzione di ninhindrina all'1 % e si riscalda per circa mezzo minuto; se la reazione è positiva si ha colorazione azzurra o azzurro-violetta. Sarebbe specifica della meningite tubercolare.

Il *dosaggio degli elementi normali del liquor* è solo raramente utile. Si è data importanza ai *cloruri,* che vi figurano normalmente nella quantità di 7,25-7,40 per mille.

Nella meningite tubercolare vi è diminuzione di essi (4-4,70-5,15-6 per mille secondo Widal, Sicard e Monod, Massaglia, ecc.), mentre nella meningite cerebro-spinale la quantità è del 6-7 per mille. Negli stati meningei i cloruri possono essere normali, leggermente diminuiti o appena aumentati.

Il *glucosio o altre sostanze riducenti* vi si trovano normalmente nella proporzione di 0,45 per mille. Tale cifra, all'infuori del diabete, ove è più elevata, si è trovata aumentata anche in tumori cerebrali e in processi infettivi acuti (polmonite, broncopolmonite, pertosse, ecc.). In tutti i processi meningei acuti il glucosio è di solito diminuito (0,10-0,15-0,25 per mille). Nelle meningiti purulente la quantità del glucosio sarebbe in rapporto inverso con la quantità dei germi: nella meningite cerebro-spinale e nelle altre meningiti purulente lo zucchero si trova in minima quantità o è assente. La sua ricomparsa sarebbe di buon prognostico.

La crioscopia e la refrattometria sono di poca importanza pratica. Babés ha trovato come indice refrattrometrico nella meningite cerebro-spinale e tubercolare 1,33555 e 1,33528.

Le meningiti pseudo-tubercolari e gli stati meningei di oscura etiologia. — La grande importanza data in principio alla formola linfocitaria del liquido cefalo-rachidiano, nella diagnosi di meningite tubercolre fu spesso causa di errore, poichè, come già si è detto, può aversi linfocitosi anche in altri processi meningei. Talvolta a una formola istologica linfocitica del liquor può unirsi anche una sintomatologia simile alla meningite tubercolare e pur tuttavia la diagnosi esser diversa.

Anche le *meningiti sifilitiche* possono simulare la meningite tubercolare. Le meningiti acute da spirochete sono rare, mentre sono abbastanza frequenti i processi meningo-encefalici cronici della stessa natura. La meningite sifilitica si può osservare nel periodo secondario della lue acquisita ed è di facile diagnosi per i precedenti anamnestici e la coesistenza di lesioni a carico della cute e delle mucose. È più difficile invece diagnosticarla quando si presenta nei bambini eredo-luetici e negli episodi acuti del periodo terziario e della sifilide ereditaria tardiva. Nei bam-

bini di pochi mesi i segni della meningite specifica acuta sono spesso confusi con quelli di un'infezione grave o sono invece poco netti e l'attacco meningeo è casualmente rivelato dallo esame del liquido cefalo-rachidiano. Nei bambini di alcuni anni e negli adulti con sifilide terziaria la diagnosi di meningite acuta è spesso difficile, poichè questa può simulare una meningite tubercolare e l'esame del liquor rivela ugualmente linfocitosi. Questa però è meno notevole (30-40 elementi per mmc. col metodo della cellula di Nageotte) nella forma sifilitica, sebbene talvolta possa esser più spiccata.

In tal caso si ricorrerà alle reazioni di Nonne, Appelt, Noguchi, Boveri che però non sono specifiche e alla prova della ninhindrina, la quale ultima sarebbe, secondo Nobel, specifica della meningite tubercolare. Anche la reazione di Wassermann, ha, se positiva, valore, ma non assoluto, poichè non esclude la possibiltà di una meningite tubercolare in un luetico; ugualmente la cuti o l'oftalmoreazione con la tubercolina non esclude un processo sifilitico. La prova biologica nella cavia coll'iniezione peritoneale di liquor ha valore assoluto, ma fornisce risultati troppo lontani.

La ricerca del bacillo di Koch praticata a lungo e ripetutamente fornisce di solito la prova della meningite tubercolare. In ogni caso in presenza di un quadro meningitico in apparenza tubercolare, però senza constatazione del bacillo nel liquor, si deve sempre praticare la cura mercuriale. Molto più facile è la diagnosi di un episodio meningitico nel corso di una eredo-sifilide iperacuta o di una vecchia lesione encefalica o meningo encefalica.

La *meningite parotidea*, presentando linfocitosi del liquor può simulare una meningite tubercolare. Però la febbre alta e la grande intensità dei sintomi la fanno rassomigliare di più alla cerebro-spinale epidemica.

L'anamnesi, la constatazione di tumefazioni parotidee bastano per la diagnosi.

La forma meningea della poliomielite (malattia di Heine-Medin) può anch'essa presentare linfocitosi del liquor e confondersi con la meningite tubercolare. Se ne differenzia però per una sintomatologia più acuta, per l'esistenza di focolai epidemici della malattia e per le paralisi flaccide con atrofia muscolare.

La forma meningea della intossicazione alimentare di Finkelstein (gastro-enterite iperacuta dei francesi) può nei casi di colera secco (Hutinel) simulare una meningite tubercolare. Sono segni differenziali i seguenti:

a) la *linfocitosi* del liquor poco spiccata nella forma meningea dell'intossicazione;

b) la *presenza di glicosuria* e di *lattosuria* nei bambini intossicati;

c) la *leucocitosi* notevole nella intossicazione, minima nella meningite tubercolare;

d) la *presenza di tubercoli coroidei* all'esame oftalmoscopico e la *presenza di bacilli di Koch nel liquor* nella meningite tubercolare;

e) la *depressione della fontanella*, i risultati favorevoli della *sieroterapia* e della *dieta idrica* nell'intossicazione alimentare;

f) l'*aumento della quantità dell'urea del liquor* (0,38-0,51-1,92 per mille) nell'intossicazione alimentare, mentre nella meningite tubercolare si mantiene normale (0,15-0,25 per mille).

Le reazioni meningee nel corso di malattie infettive presentano raramente somiglianza con la meningite tubercolare. Il fatto di esser sempre secondarie o di presentarsi unite a sintomi ben netti di altre infermità ne fa diagnosticare la natura. In casi di reazioni meningee nella febbre tifoide possono però presentarsi dei dubbi, specialmente nella prima infanzia. L'assenza di linfocitosi nel liquido cefalo-rachidiano, la siero-reazione di Widal, la leucopenia, la evoluzione clinica sono sufficienti per la diagnosi di reazione meningea tifosa.

Altre volte finalmente possono presentarsi *quadri meningitici*, in cui si può aver forte linfocitosi del liquor e tutti gli altri segni propri della meningite tubercolare; non si rinvengono però bacilli nel liquido cefalo-rachidiano e l'inoculazione di questo nella cavia dà risultato negativo. Non esistono inoltre criteri sufficienti per porle fra le altre reazioni meningee e le meningiti descritte.

A queste forme è stato dato da Marquio di Montevideo e da Imaz il nome di *meningiti pseudo-tubercolari*.

CESETTI.

CHIRURGIA.

Ancora sul trattamento della pleurite purulenta (empiema).

(VICTOR P. DIEDERICH. *Surgery, Gynec. and Obstetrics*, 1919).

Il rapporto seguente è basato su 147 casi osservati da marzo a dicembre, di pleurite purulenta (l'A. trova che la parola *empiema* non è esatta): essa comprende quindi l'esame di tre diverse stagioni e inoltre tre tipi distinti secondo l'infezione primitiva e cioè: influenza seguita da polmonite da streptococco emolitico o da pneumococco, morbillo seguito da polmonite da streptococco emolitico o da pneumococco, e polmonite lobare o broncopolmonite

primitive dovute pure all'uno o all'altro dei due germi o ad ambedue. Quanto al trattamento, è noto che i varî autori ne hanno proposti e decantati diversi, che possono riassumersi in due grandi gruppi: metodi aperti (resezione costale o toracotomia intercostale con drenaggio permanente) e metodi chiusi (aspirazioni ripetute). Ma ciò che è curioso è l'apparente differenza dei metodi con risultati egualmente buoni e l'apparente loro somiglianza con risultati affatto differenti: l'A. si propone di indagare questo problema con lo scopo di stabilire quando debba essere scelto un metodo e quando un altro.

Dati statistici.

L'A. aggiunge, per amor di confronto, ai casi direttamente trattati da lui quelli osservati nello stesso ospedale nei due mesi precedenti il suo servizio, sia perchè di un periodo assai interessante per la gravità delle malattie riscontratesi (infezioni da streptococco emolitico assai virulenti, morbillo grave) e per le cattive condizioni atmosferiche, sia per la completa differenza di trattamento in essi usato. Furono ammessi in gennaio 63 casi, vennero tutti trattati con la resezione e si ebbero 30 morti (47.6 %); furono ammessi in febbraio 15 casi di cui 13 trattati con la resezione costale dei quali uno morì (6.9 %) e 2 con l'aspirazione, ambedue guariti.

Nel periodo marzo-aprile la maggioranza dei casi furono dovuti a streptococco emolitico e molti erano ancora con la polmonite in atto; condizioni climatiche ancora cattive. Ecco le cifre. Marzo: 14 casi, tutti trattati con la resezione costale, 5 morti (35.7). Aprile: 16 casi: 4 resezioni, 1 morto (25 %); 1 aspirazione (o morti); 11 toracotomia col tre quarti (o morti). Maggio: 12 casi; nessuna resezione; 4 aspirazioni, 1 morto (25 %); 8 toracotomie col tre quarti (o morti).

I casi ricoverati in giugno-agosto avevano quasi tutti una polmonite o broncopolmonite primitiva; condizioni climatiche favorevoli; periodo precedente di istruzione militare allo aperto e quindi rinvigorimento delle condizioni fisiche. 12 casi, tutti trattati con la toracotomia col trequarti e l'irrigazione; zero morti.

Il periodo settembre-novembre fu il più grave: era in corso l'epidemia influenzale con broncopolmoniti e polmoniti lobari di cui di regola ancora i pazienti erano affetti al loro ingresso nella corsia per empiema: 9 % ebbero empiema bilaterale. 88 casi con 20 morti (22.7 %); di cui 27 trattati con le aspirazioni (13 morti: 48.09 %) 61 con la toracotomia (7 morti: 11.47 %). Di questa serie è data anche la statistica batteriologica: in 44 fu trovato lo streptococco emolitico, in 27 lo pneumococco, negli altri una combinazione o dei due germi o di uno dei due col bacillo dell'influenza.

Nei primi due mesi praticamente ogni caso, appena presentava del liquido nella pleura, fosse esso fibrinoso, siero purulento o purulento, venne trattato con la resezione costale, ma la mortalità fu assai diversa nei due mesi. Se si dovessero prendere come criterio i risultati del febbraio il metodo dovrebbe esser raccomandato. Ma vediamo ciò che accadde nei mesi successivi. In marzo la mortalità risalì al 75.7 %, mentre ridiscese in aprile (nel qual mese venne introdotta la toracotomia col trequarti e l'irrigazione col Dakin) al 6.2 %. Ma è doveroso supporre che in gennaio la virulenza dell'epidemia era al suo acme e si trattava di casi da streptococco, mentre in febbraio erano quasi tutti da pneumococco. Similmente in aprile-agosto non vi fu grave epidemia di polmonite e la mortalità con il metodo del trequarti in una serie di 34 casi fu nulla. Ma sarebbe stata indubbiamente più alta se vi fossero stati lo stesso numero di casi del gennaio: ciò fu visto nel periodo di epidemia influenzale ottobre-novembre in cui di 61 casi trattati col trequarti morirono l'11.47 %. Si tratta però sempre di una cifra assai migliore del 47.6 % di mortalità dopo la resezione, avutosi in gennaio-marzo. Tale successo del metodo è confermato dalla mortalità del 48 % nei 27 casi trattati nel periodo influenzale col metodo della aspirazione. Rispetto a quest'ultimo, che da alcuni è stato molto lodato, l'A. in base alla sua esperienza, crede che esso non possa considerarsi che come un metodo di aspettativa, fino a che la formazione di aderenze e la trasformazione del liquido renda possibile dei sistemi di cura più radicali: l'alta percentuale suddetta deve peraltro riferirsi piuttosto alla polmonite concomitante come spesso dimostrò l'autopsia. Lieve superiorità sulla semplice aspirazione ha dimostrato l'introduzione dopo di essa di una soluzione al 2 % di formalina in glicerina. La resezione costale primaria specialmente nei casi da streptococco emolitico crediamo debba condannarsi. Quanto alla combinazione dell'aspirazione con la resezione tardiva, che molti raccomandano, specie unita alla irrigazione col Dakin, l'A. non ha esperienze: ma crede che i risultati da lui ottenuti col trequarti sono tali da non lasciare il desiderio di provarne degli altri.

Trattamento.

Ecco la linea di condotta seguita.

Appena fatta la diagnosi di versamento si fa la puntura esplorativa e il liquido si fa esaminare: a meno che non si tratti di pazienti assai gravi, essi vengono trasferiti alle corsie di empiema

tenendo separati quelli da streptococco e quelli da pneumococco. Si cominciano allora le aspirazioni, la cui frequenza varia secondo il bisogno (ed è in rapporto col tipo di agente patogeno). In genere in capo a una settimana o 10 giorni il liquido si è fatto denso e cremoso, così da non esserne più possibile l'estrazione anche con un ago di grosso calibro: è il momento di procedere alla trequarti-toracotomia. Contemporaneamente vengono prese una o più stereoradioscopie per avere una idea precisa sull'estensione e il carattere della cavità.

Secondo l'A. l'aspirazione aumenta in un certo grado la formazione di tasche, ma ciò è ancora di minor pericolo che un pneumotorace precoce, per il quale il polmone è spesso collassato.

Lo scopo a cui tende la toracotomia col trequarti è quello di impedire l'ingresso, pur lasciando libera l'uscita, dell'aria dalla cavità. È vero che quando si sono formate le aderenze (come è nel momento in cui l'A. introduce il suo trequarti) l'ingresso dell'aria non è più pericoloso; è vero che a lungo andare anche questo metodo non può riuscire a impedirlo: ma esso la allontana di circa una settimana, e ciò risulta di giovamento al paziente.

Scelta la sede (non è necessario sia nel punto più declive perchè il tubo raggiungerà poi il fondo; è preferibile vicino alla ascellare anteriore perchè meno profondo il piano muscolare,) fatta l'anestesia locale e incisa la cute con un piccolo taglio, si introduce il trequarti facendolo scivolare sulla costa fino al suo margine superiore (per evitare i vasi) e quindi approfondandolo. La cannula del trequarti ha una tubolatura laterale, in cui è impegnato un tubo di Carrel chiuso alla estremità esterna con una pinza: il punto d'ingresso del tubo nella cannula è coperto a pressione da una lamella di caucciù, per evitare l'ingresso dell'aria. Ritirato il tre-quarti dalla cannula, si introduce il tubo, che viene chiuso con una seconda pinza vicino alla cute al momento di ritirare anche la cannula. Con una siringa di 50 centimetri cubi si aspira il liquido e si introduce della soluzione salina, e se il paziente non ha tosse (ciò che indicherebbe l'esistenza di una fistola pleuropulmonare) anche del Dakin. Il tubo si fissa alla cute con fili di seta e cerotto.

Le irrigazioni col Dakin (sempre che ciò non provochi disturbo) sono ripetute 6-8 volte nelle 24 ore e ogni volta fino a che il liquido non ritorni limpido. Se non si può adoperare il Dakin, il cui uso è certo di grande valore, si irrigherà con soluzione salina.

Pochi giorni dopo l'operazione si comincia a far fare al paziente dei modici esercizi anche respiratori, come soffiare dentro a bottiglie.

Dopo alcuni giorni di irrigazione il liquido diviene chiaro, talora gelatinoso. Dopo l'esame microscopico e culturale negativo si può procedere all'escissione della fistola e alla chiusura della ferita toracotomica con pochi punti.

La nutrizione è assai importante, trattandosi di individui in cattive condizioni generali. Coadiuvano al trattamento le buone condizioni di ambiente sia materialmente (buone corsie, finestre aperte ecc.) sia psichicamente (non spaventarli); la cura dei denti e della bocca; l'uso di molti liquidi. Come medicinali furono somministrati ferro chinina e stricnina; se necessario, olio canforato e fleboclisi di soluzione glicosata; non venne data digitale.

Per la profilassi è importante cercare di evitare le infezioni miste e, come abbiamo detto, tener separati i casi da streptococco da quelli da pneumococco.

Il metodo seguito presenta i seguenti *vantaggi:* 1) L'operazione è semplicissima e può essere eseguita anche sul letto come una paracentesi. 2) Se fatta bene non entra aria nella pleura; 3) A causa del carattere valvolare dell'apertura l'aria esce assai più facilmente che non entri, ciò che vuol dire una continua automatica produzione di pressione negativa nella cavità. 4) La fasciatura non si sporca e quindi è di piccolissimo disagio al paziente. 5) Il metodo giova assai nei casi con tasche multiple. 6) Non v'è deformità risultante del torace. 7) Convalescenza rapida e non recidiva.

Eventualmente il tubo potrebbe esser riunito a un apparecchio combinato di suzione ed irrigazione.

SEBASTIANI.

FISIOPATOLOGIA.

Teoria della narcosi.

(WILHELM TEJA ERNST. *Mediz. Klinik.*, n. 46, 16 novembre 1919).

Premesso che lo studio scientifico della narcosi e dei narcotici comincia nel 1846, quando per la prima volta il dentista americano Morton praticò l'etero-narcosi, ed il chirurgo Warren eseguì la prima operazione in narcosi eterea, l'A. si propone di esporre le varie teorie apparse sull'argomento raccogliendole dal ricco materiale sparso nelle pubblicazioni di fisiologia, di chimica e di biologia.

Anzitutto non facile è la definizione del concetto di narcosi; poichè mentre nei riguardi della pratica chirurgica si intende per narcosi, la narcosi generale da inalazione, quale fu applicata per la prima volta da Morton; nei riguardi della farmacologia e della fisiologia il concetto di narcosi acquista un significato molto più ampio.

Infatti il chirurgo intende per narcosi uno stato di incoscienza, determinato da una azione tossica, e accompagnato dalla scomparsa dei riflessi e dalla sospensione della funzione di muscoli volontari. Tale stato però, con la sospensione del narcotico, deve retrocedere, sino ad aversi un completo ritorno alle condizioni primitive. Nella narcosi si determina una paralisi del sistema nervoso centrale, rimanendo peraltro integro il centro del respiro. E si intende sotto la denominazione di « ampiezza della narcosi » il tratto che intercede fra la paralisi dei centri motori e sensoriali e quella del centro del respiro. Tale ampiezza è diversa per ogni narcotico, e ne consegue che il narcotico impiegato è tanto meno pericoloso e può essere somministrato per un periodo di tempo tanto maggiore, quanto più grande è l'ampiezza della narcosi.

Il concetto di narcosi secondo i biologi è assai più ampio giacchè essi parlano della narcosi della cellula vegetale ed animale, alle quali non possiamo noi senz'altro paragonare le cellule nervose altamente organizzate del nostro sistema nervoso, ed i complicati sistemi organici del nostro corpo.

I teorici intendono per narcosi quello stato di paralisi caratterizzato dalla mancanza di reazione agli stimoli esterni, e dalla possibilità di una completa *restitutio ad integrum*, con la sospensione dell'azione narcotizzante.

Tale stato di paralisi può essere determinato non soltanto da veleni chimici, ma anche da diversi altri agenti quali: il freddo, il caldo, la deficienza di ossigeno, ecc. Così per es., è possibile narcotizzare una rana riscaldando lentamente l'acqua nella quale essa si trova; sino alla temperatura di 38°; raffreddando poi l'acqua, la rana riacquista a poco a poco i suoi movimenti e ritorna completamente allo stato di prima.

E l'incoscienza di un ammalato con febbre elevata non può essere considerata come una narcosi prodotta dall'alta temperatura?

Una differenza analoga esiste pure tra il giudizio e la classificazione di narcotici secondo il punto di vista della pratica chirurgica, e secondo i concetti teorici. Mentre per il chirurgo hanno importanza soltanto i narcotici della serie grassa e principalmente quelli distinti con la denominazione di anestetici per inalazione; per i teorici il numero dei narcotici è assai più ampio.

Claude Bernard già pose una distinzione fra narcotici ed anestetici, intendendo per narcotici quelle sostanze che spiegano la loro azione soltanto sulle cellule nervose; per anestetici quelli che agiscono su tutte le cellule indistintamente tanto animali che vegetali.

Ma tale distinzione non è più possibile dopo che Werworn nel 1901 ha con diligenti ricerche dimostrato che i narcotici del sistema nervoso, quando siano impiegati in sufficiente concentrazione esplicano una simile azione anche sulle cellule vegetali, sulle cellule a ciglia vibrattili e sulle fibre muscolari. E Gros ha dimostrato che gli anestetici locali possono paralizzare tutte le cellule, così come i narcotici puri.

Circa il meccanismo della narcosi, già nel 1847 V. Bibra e Harless emisero l'ipotesi che si trattasse di una estrazione di grassi. Hermann trovò che i narcotici appartenenti alla serie grassa rapresentano un buon solvente per la lecitina ed anche per i globuli rossi e pensò che le modificazioni nella funzione delle cellule nervose determinate dalla narcosi fossero legate a tali proprietà dei narcotici.

Nel 1901 H. Meyer, e indipendentemente da lui Overton. in seguito a numerose ricerche esposero una teoria della narcosi che va sotto il nome di teoria di Meyer-Overton. I punti principali di tale teoria sono:

1° Tutte le sostanze indifferenti, solubili nei grassi o in corpi analoghi ai grassi, sono narcotici per il protoplasma vivente, tanto che possono per tale scopo essere praticamente impiegate;

2° L'azione di dette sostanze compare dapprima ed è più forte in quelle cellule nella cui costituzione chimica si trovano sostanze simili ai grassi alle quali sia legata la funzione speciale della cellula stessa, e quindi anzitutto nelle cellule nervose;

3° La quantità e l'efficacia di un narcotico dipende innanzi tutto dalla sua affinità meccanica per le sostanze simili ai grassi, ed in grado minore per gli altri componenti della cellula fra i quali il più importante è l'acqua. Per coefficiente di diffusione di un narcotico si intende la sua diffusibilità in una miscela di acqua e di sostanze simili ai grassi.

Interessante è l'osservazione fatta da Meyer nelle sue numerose ricerche, che per es., fra gli amidi, soltanto la formamide non ha azione narcotizzante ed infatti tale sostanza non è affatto solubile nei grassi.

Per Meyer il meccanismo della narcosi sarebbe rappresentato da quelle modificazioni fisiche, che i narcotici determinano nei lipoidi cellulari compresi fra la colesterina e la lecitina. Ed anche Overton afferma che il meccanismo della narcosi non può essere interpretato come una reazione chimica giacchè i narcotici più energici appartengono ai composti chimicamente meno attivi.

Per altro la solubilità nei lipoidi non è elemento indispensabile per la narcosi, infatti il solfato di magnesio è un narcotico ed è insolubile nei lipoidi.

Reicher notò che durante la narcosi le piastrine del sangue sono aumentate, sì che in ogni campo microscopico ne vengono contate da 90 a 100 mentre normalmente il loro numero è da 1 a 3.

Inoltre nelle narcosi protratte notò una notevole eliminazione di acetone con l'aria espirata specialmente; una eliminazione tutt'altro che lieve di albumina ed un aumento nella eliminazione dell'ammoniaca. Nell'urina riscontrò la presenza di acido acetacetico e di acido β ossibutirrico ed interpretò tale fatto come l'espressione di una acidosi generale dell'organismo.

Mansfeld studiando il coefficiente di distribuzione dell'ossigeno fra l'acqua e i grassi sarebbe giunto alla conclusione che i lipoidi facilitano il passaggio dell'ossigeno dai liquidi interstiziali nell'interno delle cellule e che i narcotici impediscono tale passaggio, onde la narcosi troverebbe la sua spiegazione in una diminuzione dell'apporto di ossigeno alle cellule nervose.

Anche per Bücher la narcosi consisterebbe in una temporanea asfissia del sistema nervoso.

Traube studiando l'influenza dei narcotici sulla pressione osmotica giunge alla conclusione che essi determinano intorno alle cellule un così detto « spazio morto » dovuto all'abbassamento della tensione superficiale e della pressione osmotica da essi prodotto.

Tale spazio morto ha per effetto una sospensione di ogni reazione chimica, onde per Traube la narcosi sarebbe la conseguenza di una diminuzione o sospensione dei processi fermentativi e di ossidazione delle cellule.

Però non si comprende con tale teoria perchè sia per primo narcotizzato il sistema nervoso centrale ed in quale modo i narcotici esplichino una azione elettiva sul sistema nervoso.

Venvorn emise l'ipotesi che nella narcosi si trattasse di un rallentamento, od anche di una sospensione dei processi di ossidazione, basandosi sul fatto emerso dalle sue numerose ricerche che durante la narcosi la sostanza vivente, anche quando è posta in condizioni di aver bisogno in alto grado di ossigeno non ne utilizza affatto, anche ponendone a sua disposizione quantità eccessive.

Ma la diminuzione delle ossidazioni non potrebbe invece essere un fatto secondario derivante dalla narcosi? Infatti Warbury trovò che nelle uova di echino in proliferazione, quando essendo prossima la suddivisione del nucleo e della cellula, più forte è il bisogno di ossigeno; una piccola dose di narcotico può determinare la sospensione della suddivisione del nucleo e della cellula senza che si possa constatare una diminuzone nel consumo dell'ossigeno. Ed è anche poco verosimile che nelle narcosi, che alle volte si protraggono a lungo, possa non avvenire alcun fenomeno di ossidazione nel sistema nervoso centrale, che come si sa è tanto profondamente sensibile alla deficienza di ossigeno.

Infatti nell'avvelenamento per ossido di carbonio, anche di breve durata (ed in tal caso si ha una vera e propria asfissia) sopravvengono permanenti lesioni degenerative del sistema nervoso centrale.

Contro la teoria dell'asfissia si è pure recentemente schierato Winterstein, osservando che quando per effetto della diminuzione nell'apporto di ossigeno, si ha nella cellula un aumento di acidi, questo avviene anche senza narcosi, e che se si somministra ossigeno, durante la narcosi, si impedisce l'accumulo di acidi nella cellula.

Höber infine dimostrò che lo stato di eccitabilità della cellula è legato alla diffusibiità dei colloidi protoplasmatici che si crede stiano fra i lipoidi e le albumine. I narcotici impedendo specie nello strato superficiale del protoplasma cellulare tale diffusibilità, diminuirebbero l'eccitabilità della cellula. In accordo con Höber, Winterstein giunse alle conclusioni che l'assorbimento dei narcotici da parte dei colloidi cellulari determina una diminuzione della permeabilità della membrana cellulare per l'acqua e per le sostanze solubili nell'acqua, e quindi una diminuzione dell'eccitabilità della cellula, essendo essa basata al normale stato di permeabilità della membrana cellulare.

TRENTI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Per la storia degli organi dei sensi.

Un Precursore: Donato Rossetti.

Tutte le regioni della superficie cutanea e le parti visibili delle mucose sono sede di importanti funzioni sensoriali che *ab antiquo* furono conglobate sotto la denominazione di « sensazioni tattili », senza occuparsi di analizzare le differenze delle diverse qualità di sensazioni, e però lo studio di tali funzioni rimase a lungo senza progressi, sino alla metà del secolo XIX.

Il primo ad accennare ad una distinzione anatomo-fisiologica tra il *senso del tatto* e il *senso termico* (*caloris et frigoris sensus*) — leggiamo nella *Fisiologia dell'uomo*, del compianto Luciani — fu il Pechlin (1691), fondandosi su argomenti che ora ci sembrano insufficienti: anche Erasmo Darwin (1794) nella sua *Zoonomia* ripropose la medesima distinzione e addusse a comprova il fatto di un malato affetto da paralisi del senso tattile, nel quale era attivo il senso del calore. Ma questi tentativi di separare le diverse

sensazioni cutanee furono negletti, finchè E. H. Weber (1834) intraprese uno studio sistematico della fisiologia delle sensazioni cutanee e con ricerche metodiche pervenne a una serie di risultati che anche oggi costituiscono parte importante delle nostre conoscenze.

Una nuova epoca per la fisiologia dei sensi cutanei si apre con la scoperta dei *punti* pel caldo, pel freddo, per la pressione fatta da Blix nel 1882 -- confermata da Goldscheider (1883) e da Donaldson (1885). Un altro notevole sviluppo della fisiologia dei sensi cutanei è dovuto al von Frey (1894-7), che ammise come molto probabile, oltre i detti punti, l'esistenza nella pelle di un quarto organo di senso, rappresentato da punti dolorifici.

Ora nelle *Antignome fisico-matematiche con il nuovo orbe e sistema terrestre* del dott. Donato Rossetti di Livorno, lettore di logica nello studio di Pisa (Livorno, appresso G. V. Bonfigli, 1667) si vede come l'italiano avesse distinto, vari anni innanzi al Pechlin, il senso per il caldo e il freddo, ma fosse andato ben più oltre, indicando nettamente la facoltà della *stereognosi*. Il Rossetti ha pure separato un *senso dello spazio*, anticipando le « Reflessioni sulla conoscenza dello spazio che noi possiamo ricever dall'audito » del fisico bolognese Venturi (fine del sec. XVIII) e le dottrine più evolute del De Cyon.

Queste *Antignome*, ricche di osservazioni e di deduzioni sottili, sono dedicate a Gio. Alfonso Borelli e Lorenzo Bellini, nomi che depongono per l'indirizzo mentale dell'autore. Semplificando la forma discorsiva data da lui al primo dialogo, che quasi tutto si occupa del tema « I sensi esterni dell'animale sono undici », riportiamo le sue parole:

« Ormai è tempo che io li levi di errore, il che seguirà se di qui avanti si vorranno servire delli undici sensi esterni, o organi conoscitivi materiali, che ci ha dato la natura senza confonderli, e restringerli a cinque, come fin qui ha voluto il mondo...

Il primo è vedere, cioè lo istrumento per conoscere i colori...

Il secondo è l'istrumento per la varietà de i suoni...

Il terzo è l'istrumento per la diversità delli odori.

Il quarto l'istrumento, o organo per distinguere i sapori.

Il quinto l'istrumento per sentire la qualità delle superficie de i corpi, cioè se sia rozza, aspra, e scabrosa, o pure se sia piana, liscia, pulita, e senza disuguaglianze.

Il sesto istrumento è per conoscere il caldo, ed il freddo.

Il settimo per conoscere la durezza, e sodezza, morvidezza, e cedibilità delle materie...

L'ottavo è per misurare le grandezze.

Il nono per conoscere, e distinguere le diverse figure.

Il decimo per distinguere le grandezze maggiori dalle minori.

L'undecimo, le mutazioni dei luoghi (in rapporto con l'oculomozione dell'occhio e i movimenti della testa).

Con i quali undici organi, ed istrumenti diversissimi abbiamo distintissime tutte le cognitioni materiali a segno, che torno a dire che è impossibile, che s'inganni chi non vuole ».

In questo elenco non è nominato il *senso dolorifico*: se ne avvedono gli interlocutori, i quali chiedono « a che senso attribuisca le punture, le percosse, ed altre cose che ci apportano dolore ». E l'autore risponde: « questo è senso che non si puol negare; ma non è esterno conoscitivo nella classe degli altri; che però non ne facevo menzione. Questo è per tutte le parti del corpo sì intrinseche, quanto estrinseche pur che vi sia nervo...».

Non possiamo qui esaminare gli argomenti addotti dal Rossetti a conforto della sua classificazione degli organi dei sensi, che appare in vero acuta e geniale. A me premeva trarre dall'immeritato oblio questo nome che portò un uomo, il quale degnamente professò filosofia nell'ateneo Pisano e quindi matematica nell'università di Torino e agitò molte idee nella feconda èra galileiana.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ACCADEMIE. SOCIETÀ MEDICHE. CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 5 febbraio 1920.

Presidenza: Prof. DEVOTO.

L'encefalite letargica.

RONCHETTI V. — L'A. richiama quanto di importante si trova nella letteratura recente sull'argomento e fa gli opportuni raffronti con quanto potè osservare seguendo 20 casi nella sua divisione ospitaliera e 4 nella pratica privata. Pei venti casi dell'Ospedale l'inizio della malattia cadde fra il 15 dicembre 1919 ed il 20 gennaio 1920. Le ammalate provenivano 16 dalla città, 4 dai comuni vicini; variavano per età fra i 25 ed i 60 anni; facevano vita di casa (casalinghe, domestiche) 14, erano operaie 5, maestra d'asilo 1;

morirono 7, non accennano a migliorare 2, sono in via di miglioramento 8, guarirono 3.

Dal punto di vista batteriologico le emocolture diedero in due casi al dott. Ferdinando Colombo dell'Istituto Sieroterapico Milanese sviluppo di un cocco-bacillo emofilo, Gram negativo, che facilmente si distingueva nei trapianti.

Dal punto di vista epidemiologico risultò la poca diffusività del virus in quanto per nessuna delle ammalate si verificò contagio famigliare.

Pel decorso risultarono casi a decorso fulmineo (un caso svoltosi e venuto all'esito in tre giorni), e casi a decorso lento, e questi spesso con ricorrenze ed alternative di miglioramento e di esacerbazione.

Per la sintomatologia solo in un caso fu visto l'erpete labiale: spesso fu notata cianosi. Spesso fu visto catarro congiuntivale, mai epistassi. Mai furono notate complicanze broncopolmonari, se non sotto forma di broncopolmoniti ipostatiche terminali; spesso una particolare forma di respiro ansimante; spesso afonia. Fu trovata spesso tachicardia; nei casi gravi tachicardia intensa: il riflesso oculo cardiaco risultò generalmente conservato, raramente mancante od invertito; non frequenti le albuminurie e cilindrurie gravi, abituale un modico risentimento nefritico. Leucocitosi abituale più o meno spiccata, persistente anche poco prima dell'esito letale, non polinucleosi; policitemia rubra (in un caso 6.500.000 globuli rossi), in qualche caso con intensa cianosi; anemia di tipo clorotico nei convalescenti. Iperpiressia spesso all'inizio, defervescenza per lisi nei casi a decorso favorevole: a volte febbri o stati subfebbrili a decorso irregolare. Per quanto riguarda il sistema nervoso *letargo*, di vario grado e di varia durata; quasi mai iniziale, spesso preceduto o interrotto da delirio: *paralisi del III*, dissociate son le *paralisi della brancomotoria del V*, frequenti le *paralisi del VII* (caratteristica di queste paralisi oltre alla parzialità o dissociazione il loro variare di intensità, e l'attenuarsi o l'accentuarsi e l'estendersi a più riprese nel corso della malattia): l'ipertonia muscolare spesso associata a carpologia, tremore, movimenti coreiformi, pseudotetanie. Frequenti i disturbi della vescica; ritenzione di urina a volte persistente a lungo anche a febbre e letargo cessati. In un caso osservò paralisi del facciale destro, abolizione del riflesso cutaneo addominale, accentuazione del rotuleo, Boveri positivo, Babinski positivo a sinistra. In un caso l'ipertonia muscolare fu così intensa al grado di arrivare ad una vera quadriplegia spastica con Babinski positivo bilaterale. Frequenti le scosse nistagmimorfe, rare le alterazioni del riflesso pupillare alla luce, frequenti quelle del riflesso pupillare all'accomodazione; non frequente l'anisocoria.

Pel fondo dell'occhio, nulla più e non sempre che una congestione venosa più o meno lieve (osservazione del prof. Baslini). Fatti trofici non rari, il decubito sacrale, l'ulcera corneale. Pel liquido cefalo rachiriano, mai aumento notevole della pressione, mai alterazioni dell'aspetto, nè del colore, mai formazione di reticolo; Nonne negativo; al rachialbuminometro di Sicard 0,20 % come tasso massimo di albuminoidi; potere riducente abitualmente conservato; non linfocitosi, non si esclude però la possibilità di una reazione delle meningi in quanto che all'autopsia fu trovato una infiltrazione parvicellulare a focolai evidenti nella pia madre bulbare.

Per le forme cliniche, accennato come i suoi 20 casi ospedalieri siano tutti foggiati su un tipo, il tipo mesencefalico dell'affezione, accenna ad altre forme, nelle quali predominano fatti di eccitazione (delirio, movimenti coreiformi, ecc.) e si domanda se queste forme debbano essere etiologicamente identificate coll'encefalite letargica, nel qual caso meglio per la malattia si adatterebbe il nome di encefalite epidemica, da distinguersi in encefalite epidemica a tipo letargico ed encefalite epidemica a tipo delirante.

Circa alla posizione da darsi alla encefalite letargica fra le malattie infettive nega l'identità di tale malattia sia col botulismo, sia colla poliomielite anteriore acuta. Per quanto riguarda la sua identificazione etiologicamente con l'influenza delle epidemie di encefalite letargica (nona) non crede senza importanza il fatto che dei suoi 24 ammalati solo 2 ebbero subito nel 1918-19 un attacco di influenza ben caratteristico e con complicazioni, e solo 5 un attacco lieve che li costrinse a letto per non più di 3-4 giorni; ma osserva che in nessuno dei suoi 24 casi potè constatare la complicanza con localizzazioni broncopneumonitiche di tipo influenzale, nè un rapporto di contagio con famigliari contemporaneamente ammalati di influenza; fra' sintomi clinici la cianosi ed il catarro congiuntivale dell'inizio potrebbero pur anche stabilire una certa affinità di sintomatologie fra l'una e l'altra forma. In conclusione ritiene probabile l'encefalite letargica essere una malattia a sè ma crede ciò non si possa per ora in modo assoluto e definitivo affermare.

Nota sul reperto anatomo-patologico dell'encefalite letargica.

ORLANDI. — Emocolture e colture del liquido cefalo-rachidiano, iniezioni in animale di sangue e di liquido c. r. rimasero senza risultato. Solo da una semina di sangue prelevato dal cuore venne isolato un piccolo cocco-bacillo Gram resistente che cresce male sull'agar sangue e sul-

l'agar glicerinato. Sono in corso indagini per meglio identificarlo.

Eseguì 7 autopsie di e. l.; i rilievi principali sono i seguenti: edema sotto-aracnoideo, meningi congeste alla vôlta ed alla base, meno alle meningi spinali. Liquido c. r. di apparenza normale. Iperemia della sostanza bianca e grigia più evidente in corrispondenza del corpo striato, del talamo ottico, del ponte e del bulbo, in alcuni casi chiazze di rammollimento localizzate ora nel corpo striato e talamo ottico, ora al ponte, ora al ponte e midollo cervicale. Ipofisi leggermente tumida e molto arrossata. All'apparato respiratorio reperto vario: ora processo broncopneumonico, ora fatti terminali di congestione ed edema polmonare; mai fatti emorragici quali frequentemente si riscontrano nell'influenza. Cuore flaccido, miocardio torbido, in un caso piccola ecchimosi sottoendocardica nel ventricolo sinistro. Nulla di notevole alla milza. Fegato congesto. Nulla di notevole alle vie digerenti eccettuato un caso in cui eranvi emorragie puntiformi al fondo dello stomaco. Reni congesti e torbidi, iperemia delle capsule surrenali.

In riassunto il reperto istopatologico è il seguente:

Infiltrazione perivasale subavventiziale, parvicellulare e plasmacellulare con piccole emorragie diapetiche, infiltrazione parenchimale degli stessi elementi, reazione nevroglica, lievi alterazioni degenerative delle cellule gangliari. Tali alterazioni hanno una localizzazione caratteristica ed esclusiva nel mesencefalo e principalmente nel tessuto attorno all'acquedotto di Silvio, nel pavimento del 4° ventricolo, nel *locus niger* di Soemmering. Degenerazione torbida del miocardio, torbida-grassa del fegato e dei reni. Fatti iperemici diffusi.

Trattasi dunque nel cervello di un processo infiammatorio essudativo che ha origine primariamente dai vasi, reazione nevroglica ed alterazioni secondarie delle cellule nervose.

L'O. pone la questione se l'e. l. è un'entità clinica oppure una manifestazione dell'influenza, e in base ai reperti anatomopatologici propende a ritenerla una malattia a sè.

BOVERI P. — Fino dalla primavera dell'anno scorso l'A. aveva studiato un caso di encefalite terminato con esito letale. Si trattava di un giovane di 25 anni nel quale dopo un periodo prodromico si erano presentati i seguenti sintomi: febbre, sonnolenza continua, paralisi dei muscoli oculari e del nervo facciale. In seguito si erano manifestati altri fenomeni, cioè paralisi del IV e VI paio, unilaterale, midriasi, assenza del riflesso all'accomodazione, lievi turbe sensitive ad un arto.

L'ammalato non poteva tenere la posizione eretta, sia per la mancanza di forza agli arti inferiori, sia per turbe dell'equilibrio. Vi era ritenzione di urina e fèbbre continua.

In base anche all'osservazione di altri ammalati di encefalite nell'attuale epidemia, Boveri attira l'attenzione su di alcuni sintomi importanti per stabilire la diagnosi:

1. Assenza nella encefalite di fenomeni broncopolmonari.

2. Assenza di forti reazioni meningee nel liquido cefalo-rachidiano nel quale però si può riscontrare talvolta un aumento della globulina (reazione di Nonne e di Boveri positiva).

3. I fenomeni paralitici dell'occhio e del nervo facciale sono saltuari, incostanti, dissociati e molto variabili.

4. Esiste sovente scomparsa del riflesso dell'accomodazione mentre può persistere il riflesso alla luce della pupilla.

5. Sovente si constata ritenzione dell'urina, fenomeno da interpretarsi come di origine centrale.

Le ricerche anatomo-patologiche dimostrano delle lesioni di origine infiammatoria, localizzate al mesencefalo ed in particolare al peduncolo cerebrale.

Il virus nervoso ancora ignoto sembra avere una particolare predilizione per la sostanza grigia del mesencefalo.

BAILA. — Comunica i dati statistici sull'attuale epidemia in Milano. Dal giorno 8 gennaio 1920, in poi, fino al 12 febbraio 1920, si sono avuti 97 casi dei quali 22 provenienti da altri comuni; l'epidemia però è già in diminuzione poichè contro 80 casi nei 24 giorni di gennaio, se ne sono avuti solo 17 casi nei 13 giorni di febbraio. Quanto alla ripartizione topografica, sui 75 casi avutisi a Milano, 7 si ebbero entro la cinta dei navigli, 12 fra i navigli e le mure spagnuole, 56 al di là di queste: avuto riguardo alla proporzione della popolazione nelle tre zone, si constata che è stata colpita in prevalenza la zona esterna, come d'altronde in genere nelle epidemie. In nessun caso si è potuto constatare l'infezione per contagio diretto.

LUIGI PRETI.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 30 ottobre 1919.

L'aborto nei riguardi del problema della popolazione.

R. PELLEGRINI. — Le statistiche dimostrano che in quasi tutti gli stati d'Europa, compresa l'Italia, vi è una progressiva tendenza alla diminuzione delle nascite. I provvedimenti legislativi finora adottati e proposti in taluni paesi (p. es., in Germania) risultano di scarsa efficacia, perchè

non sufficientemente ispirati al concetto che si tratti di un fenomeno in buona parte involontario, dipendente da condizioni patologiche (infantilismo, malattie degli organi sessuali). La stessa diffusione degli aborti non è soltanto dovuta al dilagare di pratiche criminose, ma ad una vera *impotentia gestandi* grandemente accresciutasi per l'industrialismo, l'urbanesimo ed altre condizioni inerenti *allo sviluppo della civiltà*.

Adunanza ordinaria del 14 dicembre 1919.

Considerazioni su di un caso di afasia motoria transcorticale.

A. RONCATO. — L'A. dopo aver descritto un caso tipico di afasia motoria transcorticale, espone alcune considerazioni, e fa alcune ipotesi sul modo di funzionare dei centri ideogeni, la cui fisiologia è ancora avvolta da grandi oscurità.

Osservazioni e ricerche sui movimenti automatici dell'uretere.

A. ROSSI. — L'A. riferisce i risultati di alcune sue ricerche intorno all'azione di vari alcaloidi e di vari ormoni sui movimenti spontanei dell'uretere isolato. In base a questi risultati egli conclude per una origine miogena anzichè neurogena dei detti movimenti.

Annotazioni sulle distrofie rachitiformi sperimentali.

C. CAGNETTO. — L'A. dopo di avere passato in rassegna critica i tentativi esperiti fino ad oggi da vari autori per provocare negli animali d'esperimento alterazioni sistematiche dello scheletro, dal tipo rachitico-malarico, riferisce sugli esperimenti da lui eseguiti come contributo allo studio dell'essenza e dei caratteri minuti delle dette alterazioni. Propinando a giovani mammiferi (cani, conigli, cavie e ratti) appena divezzati, quantità piccolissime giornaliere di sali di stronzio (fosfato, lattato) insieme all'alimento, ha potuto provocare nello scheletro di questi animali in via di accrescimento, alterazioni, che, da un lato assomigliano a quelle che caratterizzano la rachitide per un abbondanza di tessuto osseo incompleto, cioè di osteoide, e dall'altro si differenziano da quelle prodotte mediante la somministrazione di un vitto povero di sali calcarei.

Su di alcuni disordini funzionali prodotti da intossicazione di stronzio.

C. CAGNETTO. — L'A. illustra alcuni dei più salienti disturbi funzionali che si possono verificare in certi animali d'esperimento (cani, conigli, ratti, cavie) durante la somministrazione di diversi preparati di stronzio (fosfato, lattato, bromuro, cloruro, carbonato) a dosi crescenti prolungate fino a diventare lentamente tossiche.

Sono descritti dall'A. i gravi disordini degli apparati digerente e locomotore. I turbamenti funzionali registrati a carico dei muscoli volontari, sono, secondo l'A., solo in parte giustificati dalla distrofia rachitiforme dello scheletro, la quale si istituisce in un termine relativamente breve negli animali trattati coi sopra indicati veleni. In parte i suddetti disturbi sono dipendenti da alterata funzionalità nervosa, come si può desumere dalle precoci paresi e dalle paraplegie terminali.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'appendicite provocata dagli ossiuri.

A. Löwen e Ad. Benihard (*Münch. Med. Wochenschr.*, n. 50, 1919) rilevano che negli individui affetti da ossiuriasi intestinale gli elminti possono talvolta penetrare nell'appendice. E' possibile che la presenza degli ossiuri nell'appendice non vi provochi in certi casi alcuna alterazione patologica e non dia quindi luogo ad alcun sintomo clinico; in molti casi però la presenza degli elminti nell'appendice si accompagna ad un'infiammazione dell'organo.

Quest' ultimo reperto è così frequente nelle operazioni di appendicite (il 6 % nei maschi, il 12 % nelle femmine in 620 tali operazioni eseguite dagli AA.) da doversi ammettere un nesso causale, tra la penetrazione degli ossiuri nell'appendice e l'infiammazione di essa. Questo nesso è evidente quando si riesca a constatare una penetrazione degli ossiuri entro la mucosa, la quale può apparire in tali casi spogliata dall'epitelio, forata da numerosi canalicoli che giungono fino alla sottomucosa o al tessuto linfatico, distaccata fino al piano sottostante; è pure evidente nei rari casi nei quali l'appendice è completamente ostruita da ammassi di ossiuri; è invece dubbio quando si trovino degli ossiuri in un'appendice infiammata senza che vi sia però alcun indizio di una penetrazione di essi entro la mucosa. Nella maggior parte dei casi, è l'infezione batterica delle lesioni prodotte dagli ossiuri alla mucosa, che produce l'appendicite. In casi rari, l'ostruzione completa dell'appendice per agglomeramento di ossiuri produce un'infiammazione da ristagno di liquidi fecali. Probabilmente gli ossiuri anche senza ledere la mucosa dell'appen-

dice ne possono provocare a mezzo dei loro prodotti tossici una transitoria infiammazione superficiale coi sintomi clinici dell'appendicite.

Il quadro morboso è di solito quello dell'appendicite acuta, lieve, o di media gravità (raramente molto grave) o dell'appendicite cronica. È difficile riconoscere clinicamente se un'appendicite è stata provocata dagli ossiuri: si potrà supporlo con probabilità se i sintomi obbiettivi sono lievi (addome trattabile e solo lievemente contratto nella regione ileocecale, febbre assente o scarsa, polso frequente) mentre sono invece notevoli i disturbi soggettivi acuti o cronici (dolore).

La diagnosi è più probabile se risulta che altra volta il malato ha emesso degli ossiuri. Bisogna tener presente che l'appendicite da ossiuri è specialmente frequente nelle donne dai 10 ai 30 anni.

Durante l'operazione si trova spesso nei casi di appendicite da ossiuri un abbondante essudato peritoneale sieroso. Talvolta la sierosa dell'appendice è solo notevolmente tumida. L'estirpazione dell'appendice fa cessare tutti i disturbi.

La possibilità dell'insorgere di una appendicite da ossiuri impone la cura radicale di bambini e adulti affetti da ossiuriasi. POLLITZER.

L'appendicite cronica.

Che cosa è l'appendicite cronica? si chiede E. Mac D. Stanton (*N. Y. Medical Journal*, 6 settembre 1919). Tutti usano questo termine, ma la lesione che esso indica non è così facile a definirsi, come si potrebbe supporre: le modificazioni istologiche, che il patologo riscontra nelle appendici che gli sono inviate, non mostrano un rapporto costante con i sintomi che presentavano gli ammalati da cui furono tolte. Per studiare bene la sintomatologia della malattia occorre tener conto dei risultati finali. Quasi costantemente all'operazione segue un periodo di 2-3 mesi di benessere, sia per il riposo a letto, sia per un fattore psichico: ma dopo questo tempo alcuni pazienti tornano a lagnarsi degli stessi sintomi, altri risultano definitivamente guariti.

È chiaro che questi ultimi avevano effettivamente una appendicite cronica, gli altri no: i sintomi che quelli presentavano sono effettivamente i sintomi della malattia.

È bene dare prima uno sguardo al quadro clinico dell'appendicite acuta, perchè, come si vedrà, le manifestazioni dell'appendicite cronica possono riportarsi a quello, variandone spesso solo l'intensità.

Appendicite acuta. È accompagnata da un gruppo di sintomi assai costanti: l'attacco si inizia con dolori crampiformi, per lo più riferiti all'epigastrio o alla regione medio addominale, accompagnati da nausea e, nella maggior parte dei casi, da vomito. Notiamo che tali sintomi sono coratteristici di qualsiasi ostruzione intestinale, qualunque ne sia la sede. Orbene, se la operazione viene effettuata in questo periodo affatto iniziale (6-8 ore), quando non è insorta la febbre nè il dolore subiettivo al punto di Mc Burney, il reperto è praticamente uniforme: appendice ostruita in qualche punto del suo lume; distalmente al punto ostruito, distensione; e, in rapporto a questa, disturbi di circolo: tumefazione e edema della parete; mentre mancano i segni della infiammazione vera e propria, che, come, risultato di una invasione batterica secondaria, si insedierà in seguito.

Dalla 6ª alla 24ª ora si sviluppa la febbre, e il dolore subiettivo dominante discende al quadrante inferiore destro, mentre i dolori crampiformi sopracitati di solito cessano. L'esame istologico delle appendici tolte in questo periodo, confrontato con i sintomi clinici hanno indotto l'A. a ritenere: 1º la sospensione dei dolori crampiformi delle prime ore è dovuto alla paralisi della muscolatura appendicolare; 2º la iperdistensione primaria permette l'invasione batterica ed è seguìta nei casi acuti dall'infiammazione diffusa, involgente tutte le tuniche dell'appendice: con l'insediarsi dell'infiammazione compare la febbre e il dolore della regione appendicolare.

Tutto ciò concorda con le nostre cognizioni sui dolori in genere di origine intestinale: il dolore dovuto allo spasmo dell'appendice è, similmente ad altri dolori da ostruzione, riferito di regola alla regione medio addominale ed accompagnato da nausea o vomito. Il dolore dovuto a infiammazione locale è riferito alla parte infiammata, nel caso in specie all'appendice e alla zona peritoneale vicina, invasa.

Appendicite cronica. Nei pazienti in cui l'appendicectomia portò la guarigione il dolore veniva riferito quasi costantemente all'epigastrio o al medio addome, piuttosto che alla regione inguinale destra. Viceversa quasi tutti coloro che non beneficiarono dell'operazione si lagnavano di dolore inguinale destro come uno dei sintomi principali.

Tale dolore epigastrico o medio addominale è indubbiamente analogo al dolore precoce dell'attacco appendicolare acuto, e la sua presenza nei casi reali di appendicite cronica è così costante (108 su 110 casi, effettivamente guariti, dell'A.), che la sua assenza dovrebbe sempre fare insorgere dubbi sull'esattezza della diagnosi. Di fatto dalle storie cliniche dell'A. risulta che, quando esso mancava, l'appendicectomia quasi sempre non portò la guarigione.

Esso è anche sintomo capitale in altre malattie addominali (ulcera gastrica e duodenale, colelitiasi, costipazione cronica, enteroptosi): ma una anamnesi accurata permetterà la diagnosi differenziale nella maggior parte dei casi.

Sui 110 pazienti guariti con l'appendicectomia 105 presentarono nausea per lo meno nei primi attacchi.

E, associato alla nausea e al dolore medio addominale, si presentò il dolore nel quadrante inferiore destro: ma quest'ultimo, se esistente da solo, assai raramente coincise con l'appendicite cronica.

Nessuna importanza speciale va data secondo l'A. alla costipazione, ai gas intestinali, alla perdita dell'appetito.

È assai probabile che i sintomi della cosidetta indigestione appendicolare siano causati dalle stesse abnormi condizioni che costituiscono il fattore predominante all'inizio dell'attacco acuto: cioè un'ostruzione che impedisce il libero drenaggio dell'appendice; e fino a tanto che il disturbo resta meccanico il dolore è sempre epigastrico; mentre, se si passa alla infiammazione, il dolore è riferito al quadrante inferiore destro.

Dando da ultimo uno sguardo ai pazienti ai quali l'appendicectomia non arrecò la guarigione possiamo divederli in due gruppi. L'uno è rappresentato da giovani donne che si lagnano di dolore inguinale destro, associato con gradi variabili di costipazione: esse riferiscono anche di aver avuto in passato attacchi di appendicite acuta: ma interrogando bene, si constata che i sintomi di questa sono mancati.

L'A. afferma che tutte le volte che ha operato questi casi (cosa che naturalmente, per errore di diagnosi, faceva più frequentemente in passato) l'appendicectomia non ha prodotto la guarigione: nè si è persuaso che altri chirurgi l'abbiano ottenuta.

L'altro gruppo, non ben definito, è composto di pazienti operati nella speranza che l'appendice possa essere causa di svariati sintomi gastro intestinali oscuri. Questi interventi sono stati costantemente degli insuccessi. Alcuni chirurgi e specialisti radiologi parlano assai di pilorospasmo e delle sue relazioni con l'appendicite cronica; autorità come Ewald e Moynhan hanno asserito che quasi ogni forma di dispepsia può essere causata dall'appendice: ma l'A., mentre spera che essi abbiano ragione, deve confessare che non gli è riuscito di trovare tali casi.

Concludendo l'appendicite cronica è una malattia in cui i sintomi possono essere riconosciuti dal fatto che riproducono in miniatura i primi sintomi dell'attacco acuto. Dal quale essa differisce perchè l'ostruzione o è incompleta, o scompare prima che sviluppi lo stadio acuto infiammatorio. La maggior parte dei sintomi possono essere giustificati al tavolo operatorio dalla presenza di fattori anatomici grossolani, predisponenti l'appendice ad attacchi di ostruzione parziale o completa del lume.

SEBASTIANI.

I reperti radioscopici nelle malattie dell'appendice vermiforme.

Spriggs e Marcker (rif. in *Riforma medica* 12 aprile 1919) consigliano di prendere multiple radiografie della stessa appendice, poichè solo dal confronto di esse, si può venire ad un giudizio definitivo.

Si deve anzitutto badare al riempimento, allo svuotamento dell'appendice ed alla durata del ristagno. Può poi accadere che l'appendice si riempia solo parzialmente, o per parziale obliterazione, o per costrizione, o per ristagno di materiale non opaco, che l'appendice non ha potuto espellere.

Mentre poi il bario permane nel cieco 12-24 o più ore, caratteristica è la sua permanenza nell'appendice per giorni o settimane. Come deduzioni pratiche si può sconsigliare l'escissione in casi di moderata stasi appendicolare, indipendentemente da altre irregolarità, da dolorabilità, ecc.

Se la stasi è prolungata, si può prognosticare che l'appendice è disposta alle concrezioni fecali. Quando l'ombra è molto esile, l'appendice rigida, trovasi probabilmente in stato di atrofia fibrosa.

La costrizione e la dilatazione si riconoscono all'irregolarità di contorni nell'ombra, all'incompleto riempimento, ecc.

Le concrezioni fecali antiche, invase da sali calcari possono essere visibili direttamente anche senza miscele opache, e confondersi con calcoli urinari; quelle recenti si lasciano compenetrare dal bario e possono intuirsi dalla irregolarità di contorno dell' appendice, dal suo riempimento parziale, dalla configurazione uncinata. Quando il bario circuisce una concrezione molle, si può avere l'aspetto di un vacuolo.

Per quanto riguarda la mobilità, deve ritenersi che l'appendice, non flogosata, è mobile: se essa ed il cieco si trovano nella pelvi, è presumibile che possano spostarsi nella fossa iliaca, l'osservatore può anche scorgere aderenze appendicolari alle altre parti del tubo enterico, spostando queste ultime.

L'iperattività appendicolare patologica si differenzia da quella normale poichè spesso continua per ore durante il periodo di riempimento; nella appendicite cronica, con masse fecali che ostacolano il progresso, si scorgono energiche ondate dal

cieco verso l'appendice, non viceversa. Un aspetto caratteristico dell'appendice flogosata è lo spasmo; un determinato tratto rimane costretto per molto tempo, mentre poi, il blocco di materiale viene bruscamente respinto quando sopravvengono ondate contrattili; ne risultano quindi variazioni dal lume.

La dolorabilità, che risulta alla pressione sull'ombra appendicolare è un segno non equivoco di flogosi. Dalla sola dolorabilità, senza gli altri segni, non si deve però concludere per la presenza di appendicite: il temperamento e le condizioni generali del soggetto debbono tenersi presenti.

La posizione dell'appendice dipende da quella del cieco; l'ectopia cecale, però, è rara; del resto una posizione insolita dell'appendice rispetto al cieco non è segno necessario di malattia.

Per quanto riguarda la parte tecnica, gli AA. consigliano specialmente il decubito supino, ed, occasionalmente, quello parzialmen'e lateralizzato. I migliori effetti di contrasto si ottengono quando l'appendice può essere dislocata sopra una sezione intestinale, che, già prima di essere radiografata, contenga dell'aria.

La mobilizzazione del cieco può ottenersi facendo compiere al paziente, che giace sul lato destro, 5 o 6 inspirazioni profonde; lo si mette poi semi-prono a destra, facendolo respirare tranquillamente e da ultimo lo si sposta in modo da esercitare sul ventre una pressione, che vada dalla sinfisi pubica alla cresta iliaca destra.

Al contrario di altri osservatori, gli AA. ritengono sufficiente per l'osservazione un lasso di tempo di 3-4 ore, dal momento dell'ingestione del solfato di bario. La penetrazione nell'appendice può essere agevolata da una modica pressione sul cieco. Il momento più favorevole per l'osservazione è fra le 12-14 ore dopo l'ingestione; l'appendice conserva ancora del bario, 24 ore più tardi del cieco.

Il procedimento di insufflare aria nel retto è considerato dagli AA. come superfluo.

r. s.

Il trattamento chirurgico dell'appendicite acuta.

Nella lotta fra astensionisti ed interventisti riguardo all'operabilità o meno delle appendiciti acute, il dott. Témoin (*Bulletin de l'Académie de Méd.*, Tome 82, p. 16), porta in favore di questi ultimi i risultati della sua esperienza degli ultimi venti anni, durante i quali ha operato tutti i casi di appendicite acuta che gli si sono presentati, insistendo su speciali osservazioni tecniche e cliniche.

Premesso che il chirurgo non ha mai l'occasione di esaminare gli appendicitici delle campagne nelle prime 48 ore, afferma che in tal caso, dato il limite delle prime 36 ore per l'intervento, «a caldo» non si opererebbe alcun malato e si conterebbero numerosi decessi. Già nel 1911, in uno coll'Hartmann, al Congresso di Chirurgia l'A. propugnò l'intervento a caldo in un'appendicite, dopo le 36 ore, portando una statistica di 2000 osservazioni personali.

Dal 1911 al gennaio 1919 gli operati sommano a 1786 di cui 611 a freddo, 1175 a caldo e fra questi ultimi solo 100 nelle prime 36-48 ore. Quali sono i risultati ottenuti con l'operazione nelle singole fasi dell'evoluzione dell'appendicite? L'osservazione mostra che se anche il chirurgo non vuol esser sempre interventista, una questione di ore non deve determinare la sua azione in un'affezione dalla sintomatologia, dall'andamento e dalle gravità così variabili.

L'appendice può esser gangrenosa fin dal primo inizio ed in uno con la crisi può coincidere la peritonite: l'operazione anche fatta nelle prime 36 ore non salva in tal caso il paziente. Più spesso, malgrado la gravità apparente dei sintomi generali, 3-4-5 giorni dopo l'inizio le lesioni sono ancora intrappendicolari.

L'operazione fatta in questo stadio anche dopo le 36 ore evita la perforazione. Di 560 operati in questo periodo «*appendicolare*», l'A. non registra che un decesso.

Continuando a svolgersi il processo, si giunge alla perforazione che, se la reazione peritoneale ha prodotto delle aderenze, avviene in mezzo al nuovo tessuto infiammatorio formando l'*ascesso incapsulato intraperitoneale* parietale, se addossato alla parete, profondo se libero nella cavità.

In tal caso parrebbe necessario attendere: con l'immobilizzazione i fatti retrocedono progressivamente e si può giungere alla guarigione: tuttavia può accadere che l'ascesso, sviluppandosi bruscamente rompa gli ostacoli e si apra sia nell'intestino, sia nella vescica, sia nel peritoneo con la morte del malato che si credeva guarito.

Su 281 ascessi incapsulati intraperitoneali operati dal Témoin i decessi sommano a 3 (1 %).

L'appendicite infine può arrivare alla perforazione quando l'appendice è libera nella cavità. La peritonite che si determina sia per particolare tossicità dei germi (fatto frequente durante l'ultima epidemia d'influenza), sia per la minore difesa del peritoneo, sia per la diminuita resistenza del malato costretto all'immobilità, si generalizza all'improvviso — in questo momento anche se apporta passeggero miglioramento, la operazione non salva l'ammalato.

Più spesso la peritonite si svolge torpidamente con l'invasione del pus nel piccolo bacino e

quando, generalizzata, sarà evidente, l'operazione arriva troppo tardi.

L'A. dà molta importanza, in tal caso, per la diagnosi precoce di peritonite iniziale nel piccolo bacino, al dolore vivo, netto, localizzato nella fossa iliaca sinistra che si suscita con la palpazione in corrispondenza della fossa stessa.

Fatta quindi la diagnosi di peritonite localizzata al piccolo bacino nessun indugio deve porsi per l'intervento.

Gli operati dall'A. nel periodo iniziale della peritonite sommano a 165 con 8 decessi.

Gli operati in periodo più inoltrato, quando la peritonite insorta subdolamente aveva invaso la zona superiore furono 169, i decessi 25.

Riassumendo le operazioni che l'A. ha fatto su appendiciti furono 3953, di cui a caldo 2617 con un totale in questi ultimi di 83 casi letali ossia 3.5 %.

Lo studio quindi delle lesioni provocate dall'appendicite, l'evoluzione verso la perforazione, le complicazioni peritoneali confortate dall'analisi della statistica riportata devono, secondo il dottor Témoin convincere che l'operazione è il miglior metodo pel trattamento dell'appendicite acuta e che è evidente che più l'operazione è precoce più è favorevole l'esito: il chirurgo non deve lasciarsi influenzare dalla legge delle 36 ore, una questione di ore poco importando per la decisione dell'intervento. MONTELEONE.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

Apparecchi di disinfezione.

In un arredamento profilattico anche il più modesto non può mancare un apparecchio per la disinfezione a vapore acqueo.

L'alto potere di sterilizzazione rende questo agente fisico assai prezioso in ogni caso e lo rende indispensabile, poi, quando si abbiano da praticare disinfezioni numerose.

Così, durante un'epidemia il suo impiego, oltre offrire garanzie maggiori di successo in confronto di altri agenti, facilita di molto il disbrigo del servizio per la rapidità, con cui possono essere compiute le operazioni.

Tale impiego torna poi di grande comodità e vantaggio, quando gli oggetti siano voluminosi o spessi, come cuscini, materassi, coperte e simili, i quali possono essere sottoposti all'operazione di sterilizzazione tali e quali, senza bisogno, come accade quando si adoprano disinfettanti liquidi, di scucirli prima e scomporre.

L'impiego sarà, inoltre, vantaggioso quando si abbiano effetti d'uso personale e domestico, facilmente deteriorabili od imperfettamente sterilizzabili cogli altri agenti, come biancherie di lana e seta, vestiti, tappeti, ecc.

Ed ora si affaccia il problema riguardante l'acquisto dell'apparecchio adatto.

Questo problema assume non lieve importanza pratica, non tanto in rapporto alla bontà dell'apparecchio, potendosi fare all'uopo sicuro affidamento sulla serietà della Casa costruttrice, la quale, del resto, sempre è tenuta a dare le debite garanzie mediante prove rigorose di collaudo da compiersi coll'intervento e collaborazione del competente igienista; ma piuttosto per quanto riguarda il tipo e le dimensioni di esso, secondo cui varia notevolmente la spesa, non solo d'acquisto, ma anche d'installamento e funzionamento.

L'ufficiale sanitario di un piccolo comune potrà senz'altro scartare le stufe a vapore sotto pressione, che sono di costo sempre elevato e richiedono per il funzionamento personale specializzato. Conveniente sarà, invece, per il caso suo, l'acquisto di un apparecchio a vapore fluente, mediante il quale si può pure ottenere una sicura disinfezione quando si faccia durare l'operazione, anzichè 20'-30' minuti, come si pratica cogli altri, 40' minuti almeno od anche 60', se si abbiano oggetti voluminosi. Questa maggior durata del resto non può, come è ovvio, pregiudicare il servizio, essendo limitato il numero delle disinfezioni da compiersi.

Ciò porta pure a consigliare che l'apparecchio da acquistare abbia dimensioni modeste, bastando all'uopo che possa contenere p. es. l'arredamento di un letto, insieme agli effetti d'uso personale del malato.

Stufe simili, oltre che pel basso costo, sono poi vantaggiose in campagna in quanto che possono essere messe in funzione da personale non specializzato e sono facilmente trasportabili ovunque, di modo che, potendo essere collocate anche presso l'abitazione del malato, non vi è bisogno di provvedere al trasporto lontano degli oggetti, trasporto che richiede maggiori e costosi impianti e non è scevro di pericolo.

Delle due forme di stufe, che si hanno in commercio, e cioè l'orizzontale e la verticale, riteniamo preferibile l'ultima, la quale si presenta più comoda per il carico del materiale, specialmente se sia smontabile e la camera di disinfezione possa collocarsi a terra.

Colla medesima, inoltre, poichè il vapore può circolare con grande rapidità investendo in copia e alla temperatura massima il materiale, si ottiene una disinfezione molto energica ed efficace. Ed invero, da prove rigorose eseguite con apparecchi razionalmente costrutti è risultato, che in 40 mi-

nuti, misurati dal momento che il vapore esce dall'apparecchio con getto forte e continuato, sono sicuramente fuse tutte le leghe metalliche, come pure rimangono uccisi i germi anche sporigeni collocati nell'interno dei materassi, cuscini ed altri oggetti voluminosi.

Quando per speciali condizioni di luogo, quali l'esistenza di un grosso centro, di importanti ospedali e simili, si trovi conveniente e necessario fare acquisto di un apparecchio a vapore sotto pressione, l'ufficiale sanitario dovrà risolvere il quesito, se debbasi scegliere una stufa mobile o una fissa.

Al riguardo crediamo la prima conveniente quando la popolazione viva in centri diversi alquanto lontani ed il servizio abbia importanza piuttosto limitata; nel quale caso, potendosi eseguire le disinfezioni in luogo, si verrà a risparmiare il costoso impianto di una stazione di disinfezione.

Ed, invero, il tipo fisso richiede di essere installato in apposito locale, diviso nelle due sezioni, oggetti infetti e oggetti disinfettati, e corredato dell'arredamento necessario per le disinfezioni liquide, la pulizia e disinfezione del personale, pel trasporto del materiale infetto e di quello disinfettato: richiede, inoltre, idoneo personale adeguato.

In questo caso si trova generalmente conveniente, fatta eccezione dei grandi centri, che i vari enti interessati alla pratica delle disinfezioni, quali sono ordinariamente il Municipio e gli ospedali, si uniscano in consorzio instituendo un servizio cumulativo.

In generale è l'ospedale, che meglio si presta ad essere sede della stazione, disponendo esso diggià, per solito, senza bisogno di fare nuove costruzioni, di sotterranei od altro locale facilmente adattabile nonchè di personale numeroso, con cui è sempre possibile fronteggiare qualsiasi esigenza di servizio.

Il che, oltre diminuire, com'è ovvio, l'onere spettante a ciascun ente interessato, può consentire anche nei comuni di media importanza quel funzionamento continuativo, che altrimenti non si verificherebbe, ed è invece condizione assolutamente indispensabile per poter avere un personale veramente addestrato e capace, e una manutenzione e conservazione la più accurata possibile del materiale. *a. p.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1099) *Valore clinico della Reazione di Wassermann.* — All'abb. n. 10642:

La reazione di Wassermann non è reazione strettamente specifica: essa può riuscire positiva nella malaria acuta, nella framboesia, nella scarlattina, nelle gravi alterazioni del fegato non luetiche, in qualche tumore con metastasi, in soggetti che hanno di poco subìto la narcosi ecc.

La mancanza di stretta specificità non impedisce che sia utilizzata con grande vantaggio la reazione in clinica per la diagnosi di sifilide: la reazione è negativa nelle altre malattie, è negativa nel soggetto sano, è positiva nella maggior parte dei sifilitici, specialmente se non curati o curati insufficientemente; d'altra parte è facile diagnosticare le malattie non dipendenti da lues, con WR. positiva, e molto ristretto il numero dei casi sospetti nei quali si deve fare a meno del responso della reazione per l'evenienza che la positività sia comune (es. un grosso fegato bernoccoluto in cui si sospettano processi gommosi o tumori metastatici).

La reazione di Wassermann positiva, salvo i casi particolari enumerati, deve essere ritenuta segno di sifilide.

Ma una *Wassermann positiva* in un soggetto in esame non depone che *una qualunque alterazione* deve essere di natura sifilitica: nel sifilitico si possono svolgere i più svariati processi morbosi che non trovano origine nell'infezione spirochetica; l'esperienza clinica deve allo scopo guidare il medico.

Così nel caso accennato la WR. positiva depone che il malato è un sifilitico, non afferma che la cisti del dotto glosso tiroideo abbia origine sifilitica. Altri segni rilevati nell'affezione locale sono necessari, e devono essere vagliati dal medico che osserva il malato.

Naturalmente si presuppone che la reazione di Wassermann sia stata eseguita *da persona capace, lege artis*. La WR. è reazione delicata e soggetta a non poche cause di errore, in mani non abili ed eseguita da persone non scrupolose; *non bisogna dimenticarlo mai*, se si vuol mantenere fede in una ricerca di laboratorio, che tanta luce ha portato nella scienza e tanti benefizi ai malati. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. GILBERT. — *L'art de prescrire.* — (J.-B. Baillière et fils ed. Parigi. Prezzo, Fr. 12).

Nell'*arte di prescrivere* l'A. non identifica l'*arte di ricettare*: prescrivere significa non solo ricettare, ma regolare l'igiene terapeutica dei malati, il regime alimentare particolarmente, comprende l'arte di ordinare gli agenti fisioterapici, di somministrare i medicamenti. Tale modo di intendere la funzione conclusiva dell'arte medica guida il Gilbert nella compilazione del libro; la

lunga esperienza di chi per venti anni ha insegnato terapeutica nella Facoltà di medicina, conferisce al volume un particolare interesse: l'A. riproduce in esso le sue lezioni di terapia per tanti anni da molte generazioni di medici religiosamente ascoltate.

In un primo capitolo sono svolti i principî generali di terapia, in un secondo le generalità sulle prescrizioni dei medicamenti e sul modo di redigere una ricetta. Seguono altri sette capitoli sulle *prescrizioni a seconda della via di assorbimento* (digestiva, rettale, cutanea, ipodermica, muscolare e venosa, respiratoria, nervosa, congiuntivale). Un ultimo capitolo è dedicato ai medicamenti topici.

Chiudono alcune piccole monografie, che si propongono di offrire al lettore degli insegnamenti necessari sulle *dosi medie e massime dei medicamenti*, sulla *loro solubilità*, sulle *incompatibilità chimiche* ecc.

Il libro costituisce l'introduzione della « Collana di terapia » pubblicata, sotto la direzione di Gilbert e Carnot, dalla benemerita casa Baillière: introduzione magnifica ad una serie di contributi, che saranno letti con viva soddisfazione e con reale utilità dal medico pratico e dallo studioso.

t. p.

A. B. SEARLE. — *The use of colloids in health and disease.* — (Constable a. Company Ltd., 1920. Londra).

« Ogni processo vitale prende posto in un sistema colloidale » diceva Ostwald. Un desiderato della scienza è derivato da questa concezione, che cioè, ogni medicamento adatto a combattere le malattie, fosse fornito allo stato colloidale. Gli studi in questi ultimi anni sui corpi colloidali e sulle loro proprietà si sono moltiplicati: non tutti i resultati che gli studiosi e i pratici si erano ripromessi sono stati ottenuti, ma molta chiarezza è subentrata allo stato di oscurità che prima regnava: lo stato attuale delle conoscenze sui corpi colloidali e sulla terapia colloidale è dilucidata brevemente dall'A. del volume. In esso il pratico troverà modo di formarsi idee generali e di mettersi al corrente delle moderne cognizioni.

t. p.

J. LAUMONIER. — *La colloïdothérapie. Résultats cliniques.* — (F. Alcan ed. Parigi, 1920. Prezzo Fr. 5.50).

Da qualche anno nella pratica medica sono largamente usati dei corpi ridotti allo stato colloidale: scarse ed incomplete notizie si trovano nei trattati più moderni, sparsa è la letteratura sui giornali; inonda la réclame la quarta pagina dei giornali medici.

Il volume di Laumonier viene a proposito per colmare una lacuna della letteratura: esso, in breve sintesi, riunisce le conoscenze generali sui colloidi, e sui principali corpi usati in terapia allo stato colloidale: argento, oro, platino, palladio, rodio, mercurio, rame, stagno, nikel, manganese, ferro, iodio, solfo, selenio, arsenico, silicio, chinino.

Il volume esce quando, accanto agli entusiasti dei rimedi colloidali, esistono gli scettici sull'efficacia di essi: l'A. riconosce quanto resti ancora da fare sull'argomento per precisare le indicazioni e perfezionare il nuovo mezzo di terapia, ma pensa che già ogni medico deva conoscere esattamente quanto allo stato delle cose è necessario per apprezzare giustamente un ausilio terapeutico, che può in determinate condizioni rendere dei buoni servigi.

t. p.

VARIA.

Il matè, alimento di risparmio. — È fornito da alberi del genere *Ilex*, i quali formano intiere foreste, che si stendono in grandi territori dell'America del sud, fra il 20° ed il 30° parallelo di latitudine.

Esso presenterebbe le stesse qualità del tè e del caffè, senza averne gli inconvenienti, sicchè può consumarsi anche a dosi elevate, per un tempo prolungato.

Le sue proprietà stimolanti sono dovute alla caffeina ed all'acido matetanico; esse vengono tanto apprezzate nell'America del sud, che un proverbio vi dice che è meglio mettersi in viaggio senza carne, anzi che senza matè.

Le qualità del matè come alimento di risparmio sono tanto apprezzate, che al Brasile esso viene distribuito alle truppe e, nella pampa, *gauchos* e *monteiros*, quando sono stanchi e madidi di sudore, riprendono ben tosto il loro vigore con qualche sorso di matè!

P. Walle nella sua opera sul Brasile ne riconosce gli effetti benefici dichiarando che spesso, senza altro alimento che il matè, ha potuto resistere a lavori faticosi.

I baschi e gli italiani — egli aggiunge — che sono certamente gli europei più vigorosi e più attivi dell'America meridionale, sono estimatori del matè.

Il nostro Mantegazza, del resto, oltre mezzo secolo fa aveva decantato le proprietà e gli effetti del matè ed è da augurarsi che anche da noi se ne diffonda l'uso, tanto più se questo è esente dagli inconvenienti del tè, del caffè e del tabacco.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici provinciali aggiunti.

Ci consta che è in esame presso la Giunta del bilancio un disegno di legge, che, estendendo ai funzionari della Sanità pubblica, l'art. 5 del Decreto luogotenenziale 3 dicembre 1916, convalida le promozioni a medico provinciale, fatte durante la guerra a 11 aggiunti.

Ma esistono ancora molti di questi, che, dopo essere stati assunti in servizio straordinario per il colera, nel 1910-911, sono stati regolarizzati mediante concorso nel 1913 e nominati aggiunti con l'annuo stipendio di 2.000 lire.

Non si comprende perchè a questi funzionari che ora, tutto compreso, percepiscono meno di L. 5.000 annue (e compiono ispezioni ai medici condotti che hanno retribuzioni che si aggirano sulle 10-12 mila lire annue) non si concede una conveniente sistemazione, promovendo senz'altro a medico provinciale quelli che ne hanno i titoli necessarî. La maggior parte di essi esercita già da tempo le funzioni di medico provinciale sotto la propria piena responsabilità: non dovrebbe quindi venir loro negata la sistemazione, che assicurerebbe il regolare andamento dei servizî.

Ed auguriamoci che con le promozioni di questi funzionari che sono stati di non piccola utilità durante la guerra, scompaja l'ibrida figura dell'aggiunto, che il più delle volte esplica la sua opera, non già in aiuto al titolare o in dipendenza di esso, ma in modo affatto autonomo nella propria circoscrizione. La suddivione in classi, del resto, è già sufficiente a stabilire la necessaria gerarchia tra funzionari di prima nomina e quelli anziani.

INDEX.

Cronaca del movimento professionale.

I medici ospedalieri della Toscana.

Il giorno 29 febbraio si riunivano in Pisa, in imponente adunanza, i Medici Ospedalieri della Toscana, per esaminare *il problema ospedaliero in rapporto della legge sull'assicurazione obbligatoria per le malattie* di imminente discussione parlamentare.

Fu affermato il concetto che gli ospedali non debbono continuare ad essere asili di beneficenza, ma debbono assumere una vera e propria funzione sociale, sia come istituti di accentramento di tutti i moderni mezzi di assistenza per gli infermi, sia come centri di studio e di progresso scientifico.

Fu quindi constatata l'assoluta ed urgente necessità della statizzazione degli Ospedali, come quella che può permettere un ordinamento unico, assicurarne la potenzialità economica, e garantire sia moralmente che materialmente una decorosa carriera al personale sanitario Ospedaliero.

L'adunanza si chiuse con l'affermazione del proposito, che nella risoluzione dell'urgente e vitale problema debba essere ascoltata la voce del medico Ospedaliero.

Fu quindi approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« I rappresentanti delle Sezioni della Toscana dell'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri, riuniti in assemblea straordinaria, per esaminare la questione Ospedaliera in rapporto alla nuova legge sull'Assicurazione obbligatoria per le malattie;

constatato

che è errato il concetto fondamentale informatore della funzione di tutti gli enti Ospedalieri italiani,

ritenendo

che l'Ospedale non deve avere più oltre carattere di pubblica beneficenza, ma che deve essere considerato come un istituto di previdenza e di interesse sociale,

fanno voti

affinchè nella compilazione della nuova legge sull'assicurazione obbligatoria per le malattie sia tenuto presente il bisogno di una radicale riforma che conduca gli enti ospedalieri alla dipendenza diretta od indiretta dello Stato, tenendo conto per le relative modalità di applicazione delle decisioni, che verranno prese nel prossimo Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri, di guisa che da una parte venga assicurata agli istituti di beneficenza a carattere Ospedaliero quella vitalità economica, che è necessaria al normale svolgimento della loro benefica funzione, sottraendoli alle mutevoli direttive ed alla deficente competenza della maggior parte delle attuali Amministrazioni, e d'altra parte sia garantita una decorosa carriera profesionale ospedliera ai sanitari, ed un miglioramento morale e materiale della classe ».

I medici ospedalieri della provincia di Torino.

I Medici Ospedalieri della Provincia di Torino, riuniti in assemblea generale la sera del 13 febbraio 1920 nella sede dell'Ordine dei medici, hanno votato un ordine del giorno col quale:

considerando che le Amministrazioni Ospedaliere non hanno finora dimostrato di voler acco-

gliere le modeste e legittime richieste della classe Sanitaria Nosocomiale;

considerando che le Amministrazioni degli Ospedali *Oftalmico, di San Giovanni e della Maternità,* hanno invece bandito concorsi Sanitari che sono in aperto contrasto con le richieste stesse;

forte dell'autorevole appoggio dell'Ordine Giuridico dei medici della provincia di Torino, e preso atto della solidarietà della Associazione Medica Torinese, della Federazione Ligure-Piemontese dei Medici Condotti e del fascio dei Medici Smobilitati, delibera:

1. Di intensificare l'iniziata agitazione fino all'accoglimento totale dei miglioramenti morali ed economici ripetutamente invocati;

2. Di diffidare le Amministrazioni degli Ospedali *Oftalmico, di S. Giovanni e della Maternità*: a sospendere i Concorsi già chiusi od a prorogare quelli tuttora aperti, fino ad intervenuto accordo coll'Associazione dei Medici Ospedalieri sulle domande formulate da questa, nel proprio Memoriale.

Avvertiva le Amministrazioni stesse, che se entro il 29 febbraio corrente non sarà stata data esecuzione alla presente diffida di sospensione o proroga dei Concorsi i Medici Ospedalieri ed eventualmente tutti i Medici della Città o Provincia ricorreranno a tutti quei provvedimenti, che, senza recare nocumento agli ammalati, si renderanno necessari per assicurare loro la dovuta giustizia.

I medici condotti della provincia di Aquila.

Il segretario dell'A. N. M. per la provincia di Aquila dott. Luigi Ginetti, ha diramato ai colleghi la seguente circolare:

Malgrado le ingiustificate indolenze e gli intempestivi rimproveri di alcuni colleghi, la nostra lotta, impegnata a maggio del 1919 contro le Amministrazioni Comunali per il riconoscimento dei nostri diritti, ha avuto oggi la sua sanzione e la sua risoluzione favorevole.

Questo Consiglio Provinciale Sanitario nella seduta del giorno 11 febbraio p. p. approvava il testo del nuovo Capitolato con le modifiche da noi proposte pei miglioramenti economici e sociali; e la Giunta Provinciale Amministrativa nelle sedute del 26 e 27 stesso mese, dopo ampia e lunghissima discussione, lo sanzionava e lo rendeva esecutivo.

Il nuovo Capitolato abolisce definitivamente la condotta piena: fissa in L. 6000 lo stipendio minimo del Medico Condotto per la cura gratuita ai primi 1500 poveri iscritti nell'Elenco unico e stabilisce una quota di L. 5,00 annue per ogni povero in più iscritto; — fissa l'indennità di cavalcatura in L. 2000 e quella di Uffficiale Sanitaio in L. 500; — stabilisce una indenità relativa per le condotte disagiate e le condotte povere, ne regolarizza meglio i sessenni, e l'aspettativa per malattie contratte in servizio.

Dobbiamo confessare che vari articoli del nuovo Capitolato da noi con cura meticolosa compilati, hanno subito — malgrado la nostra strenua difesa — mutilazioni e soppressioni; ma dobbiamo per ora ugualmente dichiararci soddisfatti di quanto abbiamo ottenuto — che non è poca cosa — specie se si tien conto di tutto il lavoro che si è dovuto fare e di tutte le opposizioni che si son dovute superare.

E' mio dovere farvi noto che di questo primo passo fatto, nel raggiungimento completo dei nostri desiderata, va data lode e ringrazinamento ai dirigenti le nostre Sezioni che hanno lavorato continuamente con costanza e tenacia e all'Ill.mo Sig. Prefetto e al Medico Provinciale, che ci hanno sempre aiutati con la lora autorità e con il loro consiglio.

A giorni sarà spedito, da questa Prefetura, il testo del nuovo Capitolato approvato dalla Giunta Provinciale Aministrativa a codesto Comune; sarà vostra cura insistere presso cotesta Amministrazione perchè voglia subito adottarlo, riferendo a noi l'esito della vostra opera.

Vi avverto che gli aumenti di stipendio devono aver decorso dal 1° gennaio 1920, e che essi non tolgono al Medico condotto il diritto a percepire il caroviveri secondo il Decreto Luogotenenziale 9 marzo 1919.

Molto ci resta ancora da fare; questa prima vittoria sia per voi di incoraggiamento ad essere sempre più uniti e fiduciosi, e sia di sprone agli altri ad unirsi a noi e ad aiutarci al conseguimento degli altri miglioramenti.

I medici condotti di Napoli.

Il R. Commissario del Comune di Napoli invitò con lettera la sezione locale dell'Associazione dei M. C. a nominare un rappresentante, per inoltrare le richieste di miglioramento economico e di carriera alla Commissione da lui nominata per la revisione degli organi e delle tabelle di tutto il personale municipale della Città.

Venne designato rappresentante il prof. Patricelli, presidente della Sezione, e tale decisione fu subito comunicata al R. Commissario.

Non essendo però giunto alcun invito all'Associazione nè da parte del R. Commissario nè dalla Commissione, il 18 febbraio, ultimo giorno di detta Commissione, il prof. Patricelli chiese di

essere e fu ascoltato dai componenti di detto Consesso.

Apprese che era stato provveduto con un minimo di stipendio di L. 5500 ed allora pregò la Commissione di non occuparsi dei medici condotti essendo in corso un provvedimento dell'Autorità Prefettizia in base all'art. 26 della Legge Sanitaria a seguito di una azione promossa da vari mesi dall'Associazione per stabilire il minimo di stipendio per tutti i medici, anche per quelli di Napoli; e ciò ad evitare pareri discordi a danno della classe, tanto più che il Consiglio Sanitario Provinciale ha già dato il suo parere ed ora la pratica è presso la G. P. A. per l'ulteriore svolgimento.

Un voto della Federazione Sanitaria Veneta.

La Federazione Sanitaria veneta ha votato il seguente ordine del giorno:

« La Federazione Sanitaria fra gli Ordini dei Medici e le Sezioni dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti delle Provincie Venete - Rovigo, Padova, Venezia, Treviso, Udine, Belluno, Vicenza, Verona - dolente che il Governo non abbia ancora trovato modo di migliorare le tristissime condizioni economiche in cui versano i Medici Condotti e delle Opere pie, attualmente in pensione con indennità irrisorie ed offensive al loro decoro ed affatto sproporzionate al lavoro, indefesso, faticoso, da loro sostenuto per tanti anni nelle condotte e negli ospedali;

fa voti

1° Che fra le categorie dei pensionati ai quali furono o saranno concessi miglioramenti economici, sia compresa anche quella dei Medici Condotti e delle Opere pie, che attualmente percepiscono la sola e meschina pensione, che loro accorda la Cassa di Previdenza dei Sanitari;

2° Che sia esteso anche ai Medici Condotti e delle Opere pie il beneficio concesso agli altri impiegati civili, di computare al doppio agli effetti della pensione, il periodo di tempo trascorso sotto le armi, e che tale beneficio sia concesso anche a quelli, che dopo aver prestato servizio come ufficiali medici durante l'ultimo periodo bellico, continuando a pagare il loro contributo anche durante la guerra, appena smobilitati hanno chiesto la pensione;

3° Che a tutti coloro, che avendo concorso con il loro contributo a migliorare le condizioni della Cassa di Previdenza tra sanitari nel periodo dal 1902 al 1916, sia dato, ancorchè in pensione da un triennio, usufruire dei benefici concessi dalle nuove tavole di eliminazione testè compilate dall'Ufficio tecnico della Direzione Generale degli Istituti di previdenza amministratrice della Cassa di Previdenza fra sanitari ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8176) *Esercizio professionale in Inghilterra.* — Dott. F. M. da S. G. Dalla circolare del Ministero dell'Interno del 19 dicembre 1910, numero 20400-5 si rileva che gli italiani possono liberamente esercitare in Inghilterra la professione sanitaria con la sola formalità della registrazione del titolo e del pagamento di una tassa non superiore alle 5 lire sterline.

(8177) *Contributo Cassa pensione.* — Dott. F. A. da P. Il medico interino non ha obbligo di pagare il contributo alla Cassa pensioni. Se lo paga, il periodo passato in servizio interinale, è calcolato unicamente per il raggiungimento del diritto relativo ma non nella effettiva liquidazione della pensione.

(8179) *Infortunio per causa di servizio.* — Dottor L. C. da P. Se non un vero e proprio diritto, il medico interinale che subisce un infortunio per causa del servizio ha doverosa ragione di equità per ottenere un certo periodo di tempo di esenzione dal servizio con l'intero stipedio non potendo attendere al disimpegno delle sue funzioni. L'esenzione del servizio dovrebbe durare fino al conseguimento della guarigione completa.

(8181) *Aumento stipendio ai medici condotti.* — Dott. P. G. K. da P. Le Giunte provinciali amministrative non sono tenute alla revisione dei capitolati in vigore attualmente pei medici condotti. La revisione dei capitolati è obbligatoria per tutti gli impiegati meno che per i medici, ai quali si provvede unicamente a riguardo degli stipendi. Qualora l'accordo bonario di questi con il Comune non riuscisse si può riferirne alla G. P. A. per i provvedimenti di ufficio. Nel ricorso si può raccontare ciò che è avvenuto e chiedere un congruo aumento.

(8169) *Rifiuto di prestazione professionale.* — Dott. A. C. da V. sul M. Il medico libero esercente unico nel paese non può negarsi di rispondere alla chiamata di urgenza. Mancando, può essere anche penalmente chiamato a rispondere dei danni che il suo rifiuto ha prodotto eventualmente all'infermo.

(8184) *Indennità caro-viveri. Sessenni. Farmacista che somministra medicine senza ricetta.* — Dott. abbonato n. 2246. La concessione della indennità per caro-viveri ai medici condotti è tuttora regolata dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, che non è stato mai modificato. Qualora il Comune non l'abbia concessa o tergiversi nel concederla, gli interessati possono ricorrere alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie. Dal momento che il nuovo capitolato doveva andare in vigore dal 1° gennaio 1920, è naturale che deve essere pagato

il sessennio che si maturò al 31 dicembre dell'anno precedente. Il farmacista che senza la ricetta del medico vende specialità medicinali o dà consigli terapeutici, è passibile di contravvenzione allo articolo 23 della legge sanitaria. Ne riferisca agli ufficiali della polizia giudiziaria per le occorrenti indagini e relativa denunzia. I limiti della attività professionale dei farmacisti sono nettamente contenuti nella legge sanitaria e nella legge sull'esercizio della farmacia. Contro le eventuali infrazioni si può ricorrere al medico provinciale, se esse riguardano ordine amministrativo o tecnico od all'autorità giudiziaria se sia dalla legge comminata per esse una contravvenzione. Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

MANTOVA. *Consiglio ospitaliero.* — A tutto il 30 aprile 1920 concorso per titoli a quattro medici assistenti; L. 4000, alloggio personale nell'Istituto, partecipazione all'indennità di guardia complessiva di lire sedici al giorno; nomina triennale; rieleggibilità non più di due volte; inscrizione alla Cassa Pensioni. Quello fra gli eletti che avrà titoli specifici per l'ostetricia sarà preferito come assistente nel riparto di maternità con l'obbligo di pernottare nell'Istituto. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consiglio Ospitaliero.

SUZZARA (*Mantova*). *Congregazione di Carità.* — A tutto il 31 marzo resta aperto il concorso al posto di assistente medico-chirurgo nell'Ospedale. Assegno complessivo L. 4380, oltre compensi per gli atti operativi, proventi ambulatorio, alloggio personale. Indirizzare domanda con documenti all'Amministrazione.

TRIESTE. *Società degli amici dell'infanzia.* — A tutto 31 marzo è aperto il concorso al posto di medico aiuto presso l'Ospizio marino di Valdoltra. È richiesta la cittadinanza italiana o la pertinenza alle terre redente e una pratica di chirurgia od ortopedia di cliniche od ospedali di almeno due anni. Vi è congiunto l'obbligo di abitare nello stabilimento. Il posto viene conferito per tre anni rinnovabili. L'emolumento è di lire 7200 annue più vitto e alloggio. Le domande corredate dai documenti necessari vanno presentate alla Società degli Amici dell'infanzia via S. Nicolò 4, II. Trieste.

Esami per medici di bordo.

Con decreto 10 febbraio u. s. è stata indetta dal Ministero dell'Interno per il prossimo mese di luglio una sessione di esami di idoneità per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, a termine dell'articolo 1 del Regio decreto 7 luglio 1910, n. 573.

Gli aspiranti dovranno inviare domanda e documenti al Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica) entro il 15 giugno 1920.

Premio Guido Lerda.

Questo premio, del prof. Guido Lerda, sarà devoluto agli insegnanti di chirurgia, ufficiali o privati, che si rendono in cadaun anno scolastico più benemeriti degli studenti nell'insegnamento pratico della chirurgia. Il premio non sarà minore di L. 2500.

NOTIZIE DIVERSE.

VI Congresso di Medicina ferroviaria.

E' convocato a Milano dal 10 al 13 giugno prossimo. Tratterà di argomenti scientifici attinenti alla medicina ferroviaria in genere e alla igiene in particolare e agli interessi professionali riguardanti la classe dei medici ferroviari.

I temi generali deliberati ed approvati dal Comitato esecutivo sono i seguenti:

1. *Lesioni muscolari da sforzo* (Relatore prof. E. Burci, Direttore della Clinica Chirurgica di Firenze).
2. *Malattie ed infortuni in rapporto ad affaticamento* (Relatore: prof. L. Devoto, Direttore della Clinica delle Malattie professionali - Milano).
3. *Influenza delle alte temperature sull'apparato cardiovascolare* (Relatore: Prof. E. Tedeschi, Lib. Doc. di Clinica Medica nella R. Università di Genova).
4. *Influenze d'ordine meteorologico sull'uomo che lavora* (Relatore: Prof. Preti, Lib. Doc. di Patologia medica, nella Regia Università di Pavia).

Saranno ammesse alla lettura e alla discussione le comunicazioni originali di cui verrà rimesso il titolo ed un breve sunto alla Segreteria generale del Comitato Esecutivo per parte di colleghi, regolarmente iscritti al Congresso, non oltre il 15 maggio 1920.

Nei giorni del Congresso si effettuerà una visita dei Congressisti alla Certosa di Pavia e, chiusi i lavori del Congresso, avrà luogo una escursione dei congressisti sul lago di Garda con piroscafo speciale riservato ai congressisti.

La quota di iscrizione per i medici è di lire 20, da inviarsi al più presto al Cassiere del *Comitato esecutivo;* i componenti la famiglia dei medici potranno iscriversi pagando la quota di L. 10.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al Segretario dott. Ferrari Diego, Milano.

Considerando l'estrema deficienza degli alloggi e la necessità di provvedere in tempo, è necessario che le adesioni pervengano al Comitato (presso la Guardia Medica della Stazione Centrale di Milano) non più tardi del 15 maggio.

Iª Mostra Nazionale delle Industrie Sanitarie.

Il 5 marzo c. si è adunato il Comitato esecutivo, sotto la presidenza del dott. Bertazzoli.

Su proposta del dott. Maranelli, si è deciso che il Comitato per la Mostra si fonda con quello per il Congresso e che la segreteria del Comitato generale venga assunta dal dott. Piccinini.

Il dott. Maranelli si è impegnato di attuare un *Catalogo della Mostra Industrie Sanatorie,* a parte, oltre quello che farà il Comitato Generale, pure comprendente le dette industrie. Su proposta Gei, si è convenuto che le Industrie Sanitarie vi avranno un posto a parte, che le distingua da tutto il resto.

Alla Mostra sono stati assegnati 50 stands e il bilancio si aggira sulle cento mila lire.

Congresso internazionale della Croce Rossa.

Si tiene a Ginevra in questi giorni. Vi si trattano interessanti quistioni relative ai provvedimenti da adottare per menomare la diffusione delle

infezioni favorita dall'intensificato commercio internazionale e per elevare la potenzialità produttiva delle collettività umane, migliorandone lo stato sanitario.

Il Congresso ha assunto un alto valore sociale.

Sindacato Medico di Torino.

I rappresentanti del corpo sanitario di Torino e provincia hanno approvato un progetto di statuto per la costituzione di un Sindacato Medico Torinese.

Per gli Istituti di biologia.

Il prof. Giacosa in una relazione fatta al Comitato Nazionale scientifico-tecnico (Milano) ha messo in evidenza la necessità che gli industriali, le cui attività si svolgono nel campo biologico, abbiano a dare appoggio ai Laboratorî di Biologia. In Inghilterra sono i grandi industriali che alimentano le spedizioni scientifiche dei medici nelle terre tropicali che dovranno essere sfruttate dall'opera dell'uomo. La Patologia esotica ha avuto grande sviluppo appunto per le grandi risorse economiche degli Istituti di malattie tropicali. Molti altri campi di applicazione si dischiudono alle ricerche biologiche.

Corso teorico-pratico di perfezionamento in igiene.

In conformità del R. decreto 29 maggio 1898, n. 219, è aperto presso la R. Università di Pavia un *Corso teorico pratico di perfezionamento in igiene* per gli aspiranti al posto di ufficiale sanitario a sensi dell'art. 25, capo V, del Regolamento 3 febbraio 1901 in esecuzione della legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica del 22 dicembre 1898. Al corso complementare d'igiene sono ammessi coloro che abbiano ottenuta la laurea in medicina e chirurgia, in chimica e farmacia od in veterinaria. Le domande di ammissione al corso, in carta bollata da L. 1, dovranno essere presentate al Rettore della Regia Università di Pavia non oltre il 31 marzo 1920 corredate dai seguenti documenti: 1° Certificato di nascita legalizzato; 2° Diploma di laurea o copia in forma legale; 3° Quietanza di L. 100 a titolo di contributo alle spese dell'insegnamento, da versarsi alla cassa dell'Economato dell'Università di Pavia.

Il corso si inizierà il 7 aprile presso l'Istituto di igiene della R. Università di Pavia (Palazzo Botta) ed avrà la durata di mesi due, alla fine dei quali, previa prova di esame, verrà rilasciata al candidato un'attestazione del Rettore dell'Università sugli studi fatti, da valere agli effetti legali.

Corso internazionale di Balneologia e Balneoterapia.

Nella 2ª metà del settembre corrente anno si aprirà a Karlsbad un corso di balneologia e balneoterapia, al quale possono partecipare medici di ogni nazione. Le lezioni saranno dettate da rinomati professori dell'Austria, Germania, Olanda e nazioni Scandinave. Per maggiori ragguagli rivolgersi al dott. E. Ganz, in Karlsbad.

Centenario di un periodico di medicina.

Col fascicolo di febbraio del corrente anno ha celebrato il centesimo anno di pubblicazione ininterrotta l'accreditato periodico «The American Journal of the Medical Sciences»; si pubblica a Filadelfia e New York, dalla casa editrice Lea e Febiger; ne è attualmente redattore capo George Morris Piersol di Filadelfia.

Opposizione all'assicurazione obbligatoria contro le malattie negli Stati Uniti.

L'Associazione Medica di New York adunatasi il 19 gennaio 1920 in seduta ordinaria ha vôtato un ordine del giorno in cui dichiara che l'assicurazione obbligatoria contro le malattie sarebbe perniciosa, perchè contraria ai principî da cui è retta la repubblica, incompatibile con l'individualismo, il quale costituisce oggi il fondamento del progresso nazionale, ispirata al socialismo e pertanto atta a fomentare le lotte di classe; che essa favorirebbe l'ozio e la simulazione tra le classi assicurate; che imporrebbe gravami finanziari pesanti a tutta la comunità; che renderebbe praticamente inattuabile la libera scelta del medico; che danneggerebbe la professione medica, a cui confischerebbe la clientela, guadagnata col lavoro; che deprimerebbe il livello culturale e l'efficienza della professione; infine, che essa è completamente fallita in Germania ed in Austria mentre non ha corrisposto soddisfacentemente in Inghilterra; conclude pertanto che non è desiderabile, e la condanna senza riserve.

L'ordine del giorno reca le firme del presidente E. E. Cornwall e dei membri del Comitato esecutivo.

Recrudescenza del tifo esantematico in Serbia.

Il commissario generale del Comitato americano per i soccorsi alla Serbia, William J. Doherty, ha reso noto che molti casi di tifo esantematico sono attualmente ricoverati nell'ospedale istituito dal Comitato a Chachack e segnalati nel distretto circostante. Egli si è recato in America per ottenere nuovi fondi e intensificare la campagna.

(Dal. *Medical Record,* 10 genn. 1920).

Il fascicolo 2 (1° febbraio 1920) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **F. Micheli.** – *Sull'influenza (eziologia e patogenesi)*;

II. Dott. **A. Bolaffi.** – *Infezioni meningococciche a manifestazioni non abituali*;

III. Dott. **G. Marcialis.** – *Contributo allo studio della eliminazione dei cloruri nelle malattie febbrili.*

***

Il lavoro del dott. C. Economo sull' ***Encefalite letargica*** **verrà pubblicato nei fascicoli 3-4 (1° marzo-1° aprile). Sarà corredato da quattro tavole triple, in fototipia.**

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra.

L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 22 marzo 1920 Fasc. 12.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PAVIA.

Nota sulla ipertensione arteriosa (1)

per il prof. EUGENIO MORELLI,
direttore dell'Istituto.

Nello studio della pressione arteriosa, accanto alla misura della pressione sistolica ha assunto grande valore la misura della pressione diastolica: quella, nella sua essenza, dovrebbe rappresentare lo sforzo del ventricolo sinistro, questa dovrebbe più specialmente dare dei concetti sull'attività arteriosa, sul contrasto fra elasticità della parete e contrazione della muscolatura arteriolare.

In realtà nello studio della pressione diastolica i concetti teorici non hanno del tutto corrisposto; ad ogni passo ci si trova in dati contradditori. Credo perciò che lo studio debba essere ripreso dal principio, accompagnando le misurazioni con grafiche di pressione e di polso; documenti questi che restano e permettano lo studio continuato.

Da molti anni studio tale argomento; quanto più mi inoltro in esso tante maggiori difficoltà incontro e tanti nuovi problemi mi si aprono. Mi permetto ora in diverse note dimostrare il materiale raccolto e le deduzioni ed induzioni che a mio parere si possono trarre.

Ho studiato in modo speciale la quistione della ipertensione arteriosa e dell'arterospasmo. Il problema fu posto dal mio Maestro, il prof. Forlanini, che nettamente differenziò l'arterospasmo dal semplice aumento della pressione arteriosa, opponendosi alla concezione di Huchard che vedeva nella ipertensione un primo stadio della arteriosclerosi. L'arterospasmo è per Forlanini una malattia per se stessa; una irritabilità abnorme della muscolatura arteriosa, tale da dover essere elevata ad espressione di forma patologica. Lo studio della pressione diastolica dimostrò esatta la concezione del clinico italiano, tanto che io penso che se la ipertensione prescleratica deve essere intitolata al nome di Huchard, l'arterospasmo essenziale dovrebbe per giustizia essere intitolato malattia di Forlanini.

La misura della pressione sistolica e diastolica non basta per ben comprendere questa forma morbosa.

(1) Comunicazione fatta nella seduta del 25 luglio 1919 della Società Medica.

Alcuni anni or sono io ho reso noto un mio modello di sfigmografo che permette di scrivere la serie degli sfigmogrammi a pressioni diverse, da quando il polso per minima pressione di una colonna di mercurio vien messo in evidenza, a quando per eccessiva compressione viene abolito. Dopo avere fatto parecchie centinaia di sfigmogrammi e parecchie migliaia di misurazioni di pressione massima e minima credo poter asserire che non è possibile dalla semplice misurazione di pressione farsi un reale concetto dell'arterospasmo. Spesso con eguali cifre di pressione massima e minima si possono avere sfigmogrammi molti diversi. E mi spiego.

Nei diversi sfigmogrammi normali raccolti col mio sfigmografo, si osserva che man mano si aumenta la colonna di mercurio comprimente l'arteria radiale, man mano vanno accentuandosi le onde di elasticità, il dicrotismo si rende più evidente. Questo fatto che credevo un prodotto artificiale senza importanza mi apparve nella sua vera luce in alcuni sfigmogrammi di arterospastici. In buon numero di questi pazienti, man mano si eleva la pressione, le onde di elasticità si accentuano non in proporzione normale all'aumento della pressione e all'ampiezza dell'oscillazione ma in proporzioni molto minori; in alcuni poi — e in questi il fenomeno appare classico — le oscillazioni col crescere della pressione non solo non si accentuano ma vengono a diminuire fin quasi a scomparire. Credo il fatto sia in relazione al tono della musculatura arteriosa nel punto compresso.

Nelle arterie a reazione normale il peso del mercurio che in periodo diastolico viene a cadere sulla parete arteriosa, desta scarsa reazione muscolare e il mercurio si può dire segna poca modificata l'onda liquida: perciò le oscillazioni di elasticità saranno tanto maggiori quanto più ampia è l'oscillazione del mercurio in rapporto con l'altezza della colonna. Ma se la parete entra in reazione, se il tono con lo stimolo aumenta, le condizioni possono totalmente cambiare; la parete anzichè cedere allo stimolo offre opposizione, da passiva diventa attiva, anzichè lasciarsi deprimere per così dire si crampizza: ne deriva la diminuzione delle oscillazioni man mano aumenta lo stimolo. E svariati sfigmogrammi permettono di seguire il fenomeno, in quanto che alcuni di essi — quale segno di arteria che reagisce solo a stimoli potenti — dimostrano una iniziale accentuazione delle onde di elasticità (come negli sfigmogrammi normali accade quando il lieve peso del mercurio non è tale da fare entrare in reazione la musculatura), al quale segue una diminuzione quando il peso è tale da irritare la musculatura. Spesso a queste diminuzioni può seguire una improvvisa forte formazione di onda dicrota, quando il peso aumenta notevolmente, a dimostrazione di una parete che dopo avere resistito si accascia sotto un peso eccessivo.

Tale interpretazione pare a me sia quella che meglio permette interpretare i numerosi tracciati. Così evidente è per me il fatto, che osservando la collezione dei tracciati ho rapidamente l'impressione dello sfigmogramma di tipo ipertensivo, anche senza conoscere le cifre di pressione; e tale tipo è così caratteristico che può talvolta esistere anche indipendentemente da cifre elevate di pressione arteriosa sistolica e diastolica in ammalati nei quali lo studio clinico dimostra trattarsi di individui a spiccata irritabilità arteriosa.

Concludendo: esiste un primo tipo di ipertensione arteriosa, quello nel quale si può dimostrare una speciale irritabilità della musculatura delle medie arterie. E mi confortano alla interpretazione data di ipertono meccanico della media arteria anche le osservazioni numerose e interessantissime che De Giovanni e Zoja fecero sulla irritabilità vasale. Il De Giovanni descrive come contrattilità provocata dalle arterie, il fatto che se dopo aver palpato l'arteria radiale di un individuo la soffreghiamo per un po' di tempo, possiamo constatare che il tratto traumatizzato, a seconda delle sue condizioni, rimane contratto più o meno a lungo.

Lo Zoja, seguendo il concetto del De Giovanni, fu indotto a interessantissime esperienze. Dopo aver applicato un sfigmografo di Dudgeond alla radiale, con l'indice e il pollice eccitò bruscamente la omerale a metà del braccio striciandovi sopra trasversalmente: constatava con ciò «abbastanza frequentemente una modificazione locale della curva del polso, caratterizazta da una minore ampiezza della pulsazione, dall'avvicinarsi della pulsazione dicrotica all'apice della pulsazione e dal diminuire di importanza della elevazione dicrotica, ciò che è anche indicato dalla maggior inclinazione del dicrotismo. Dopo poche pulsazioni (1-20) il polso ritorna quale era prima della eccitazione dell'omerale; (qualche volta il ritorno sembra preceduto da una esagerazione delle sue proprietà). Si deve ammettere per tutto ciò un aumento del tono della parete vasale, una contrattura lieve delle fibrocellule musculari» (Zoja, *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia,* 9 luglio 1892).

I due autori non studiarono tale irritabilità in confronto dello stato di ipertensione; il fatto però mi pare del tutto simile a quello che io ho descritto nello sfigmogramma di numerosi ipertesi, e la interpretazione data da De Giovanni e Zoja mi autorizza a ritenere esatta la interpretazione da me pure data. E se così è, il segno di

Zoja potrà quasi certamente acquistare notevole importanza nello studio dello stato ipertensivo.

E ciò sto studiando.

Il primo tipo di sfigmogramma descritto parla di spasmo della musculatura della media arteria. Ma esiste un altro tipo di ipertensione arteriosa nella quale tutta la sintomatologia e specialmente il forte aumento della pressione diastolica stanno a dimostrare arterospasmo e lo sfigmogramma invece non dimostra irritabilità della media arteria. Gli sfigmogrammi dimostrano che man mano aumenta la pressione sull'arteria radiale aumentano anche le onde di elasticità, diverse dalla norma per il solo fatto che esse si mantengono anche a pressioni molto elevate più verso l'apice della pulsazione in quanto generalmente non accada, che non si accentuano in proporzione all'aumento di pressione e per il fatto che il polso perdura anche a pressioni elevatissime, proporzionali alla elevata tensione arteriosa. In questo tipo il polso può essere letto solo in rapporto alle misure di pressione, non potrebbe essere interpretato per la sola forma. In questi ammalati lo spasmo è puramente localizzato nelle arterie terminali, secondo la concezione della ipertensione classica.

La distinzione fatta di ipertono puro delle arterie terminali o di ipertono di queste accompagnato da ipertono delle medie arterie ha non solo un valore di forma ma a mio parere un notevole valore teorico e pratico. Fino ad ora, parlando di arterospasmo, si concepiva una contrazione della musculatura arteriosa ostacolante il passaggio del sangue spinto dalla sistole ventricolare nel campo arterioso, per modo che nell'unità di tempo non tutto il sangue poteva fluire attraverso le arteriole ristrette. Ne derivava che le arterie cimentate nella loro elasticità, si dovevano dilatare. In periodo diastolico l'elasticità arteriosa entrava in contrasto con lo spasmo arteriolare, la parete arteriosa continuava, per così dire, lo sforzo cardiaco restituendo lo sforzo accumulato e in tal modo restava assicurato il flusso continuo del sangue. Ma, molto discutendo di elasticità, poco ci si cura del tono della musculatura arteriosa non solo, ma anche di un altro fatto che credo della massima importanza. Si tratta di spasmo della musculatura arteriosa come se tutta la musculatura avesse la stessa funzione: essa è ben diversa a seconda del tratto arterioso. Come già dissi, se noi immaginiamo uno spasmo arteriolare, ne vedremo, per forze contrastanti, favorito l'aumento del campo arterioso e favorito il circolo, ma se noi pensiamo che la musculatura delle arterie maggiori possa aumentare notevolmente il proprio tono, dovremo anche ammettere che tale forza si opporrà alla dilatazione dell'arteria, avendo perciò non un'azione analoga ai muscoli arteriolari ma azione del tutto contraria. E il cuore sarà obbligato a molto maggior lavoro perchè la pressione dovrà essere maggiormente innalzata per il mantenimento del circolo. Si verrà a uno stato molto simile a quello dell'arteriosclerosi: qui l'arteria non si dilata per lesione insita nella parete, là per un eccesso di tono della musculatura. E anche alla palpazione tale fatto appare: accade spesso di avvertire un'arteria così dura e resistente alla pressione da portare a sospetto di arteriosclerosi laddove si tratta di arterospasmo. Errore — e lo vedremo in altra nota — gravissimo, spesso fatale perchè porta a terapia errata.

Danno di non secondaria importanza può essere anche questo che per lo spasmo della musculatura a monte dell'arteriola, si verranno per così dire a formare delle stenosi relative che diminuiranno la pressione al di là dell'ostacolo: ne viene perciò diminuito lo sforzo utile della pressione aumentata. E si noti che gli spasmi possono essere localizzati. Ed è da chiedersi se come può esistere una ipertensione delle arteriole e non delle medie arterie, non possa accadere anche il fatto inverso, poichè se così fosse, se potessimo immaginare uno spasmo delle medie arterie e non delle arteriole, il danno idraulico sarebbe enorme per il circolo: da pressioni sistoliche alte si passerebbe a pressioni diastoliche bassissime.

E è pure da studiare se nell'arterospastico, se nello individuo con irritabilità arteriosa il tono arterioso non possa avere delle modificazioni molto più rapide allo stimolo di quanto i fisiologi hanno stabilito per le arterie normali, perchè se così fosse, se noi potessimo ammettere che in condizioni patologiche il tono arterioso in toto o distrettualmente potesse modificarsi rapidamente allo stimolo, potesse ad esso reagire con un controstimolo, a seconda detto spasmo fosse sistolico o diastolico avremmo tipi molto diversi di arterospasmo. Come l'aumento di tono diastolico della media arteria ostacolando la dilatazione arteriosa sarebbe di danno cardiaco grave, l'aumento di tono in periodo diastolico sarebbe una forza attiva che si aggiungerebbe alla forza di retrazione elastica dell'arteria, favorente il circolo. Ma questa supposizione è per ora ben lungi dall'essere dimostrata.

Concludendo, dall'esame di numerosi tracciati, posso dedurre:

1° Che nello studio della ipertensione si deve tenere maggior conto del tono della musculatura arteriosa.

2° Che l'irritabilità arteriosa può essere totale oppure distrettuale.

3° Che esistono due tipi principali di ipertensione ben differenziabili dallo sfigmogramma: quello da ipertono delle arteriole e quello da ipertono delle medie arterie.

4° Che la unione dello spasmo della arteriola con quello delle arterie maggiori modifica il tipo ipertensivo aumentando notevolmente lo sforzo cardiaco e il danno circolatorio.

5° Che per un esatto concetto della forma della ipertensione occorre unire alla misura della pressione sistolica e diastolica, anche lo sfigmogramma.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di fibroma sottomucoso dell'utero operato per via vaginale.

Nota del prof. CARLO RINALDO BELGRANO.

I fibromi dell'utero ad evoluzione vaginale possono originarsi tanto dal corpo come dal collo, in genere sono peduncolati e costituiscono in tal caso i *polipi*.

I *fibromi sessili o sottomucosi* originati sotto la mucosa uterina, fanno sporgenza nella cavità la quale viene riempiuta e dilatata fino a che, per la susseguente dilatazione del collo uterino, possono, specie nel periodo mestruale, far capo in vagina. Naturalmente ciò è molto più facile per i polipi che per i fibromi sottomucosi sessili: furono descritti polipi di tali dimensioni da riempire tutto il piccolo bacino sicchè si fecero visibili all'ostio vulvare.

In genere i fibromi sottomucosi di tale carattere sono rari, perchè le ammalate vengono operate prima che il tumore raggiunga un volume considerevole a causa delle gravi metrorragie che impongono trattamento spesso d'urgenza.

Un caso di voluminoso fibroma sottomucoso estratto per via vaginale fu descritto da Carle ed un altro analogo, operato per via addominale fu riportato da Zancla al Congresso di Ostetricia e Ginecologia che si tenne in Roma nel 1913. Io ebbi occasione di operarne uno in quest'anno che in molti punti assomiglia a quelli descritti da Carle e da Zancla.

Si trattava di tale N... A..., d'anni 46, abitante in Genova, Vico S. Defendente, n. 34, interno 4.

Fui chiamato il giorno 2 agosto di quest'anno dal dott. Tito Bignone, medico curante e trovai una donna in condizioni di deperimento grave, in stato di anemia acuta molto accentuata ed in preda ad una metrorragia abbondante.

Dall'interrogatorio appresi che la paziente aveva avuto tre parti a termine, spontanei, l'ultimo or sono 16 anni.

Nessuna infermità degna di nota.

Da quattro anni cominciò a notare mestruazioni di durata superiore al normale, dolorose, che in seguito si fecero irregolari con forte anticipo ed assunsero i caratteri di metrorragie. Fu visitata nell'aprile del 1917 dal prof. De Paoli, il quale riscontrò la presenza di un fibroma della parete anteriore dell'utero e consigliò un atto operativo che l'ammalata rifiutò.

La perdita di sangue dai genitali, quasi continua da qualche mese, si era accentuata da due giorni e si era accompagnata da vivi dolori al basso ventre che rispondevano alle regioni lombari: la paziente paragonava questi dolori a quelli del parto.

La somministrazione di stiptici o di sedativi, che era stata provata, non aveva arrecato vantaggio.

All'ispezione nulla si notava di importante; all'esplorazione vaginale, dopo avere allontanati numerosi coaguli sanguigni, si percepiva una massa di consistenza fibrosa, di superficie liscia, del volume di una grossa arancia che fuoriusciva dal canale cervicale.

L'utero era aumentato di volume, specie per quanto riguardava la parete anteriore, dove si percepiva il tumore, il resto della sua superficie era regolare. Il tumore che si percepiva nel collo uterino all'esplorazione bimanuale risultava far corpo coll'utero: il dito esploratore lo contornava completamente e percepiva i bordi del collo assottigliati.

Dai dati anamnestici e da quelli obbiettivi ritenni trattarsi di un fibro-mioma sottomucoso, il quale, sotto le contrazioni uterine, veniva per così dire ad essere partorito attraverso il collo uterino.

Avendo fatto diagnosi di un fibroma sottomucoso unico della parete anteriore dell'utero pensai di estrarlo per via vaginale, enucleandolo dall'utero. La fibromiomectomia vaginale era anche indicata come la meno traumatizzante dalla necessità di limitare il massimo l'entità dell'atto operativo, dato lo stato di grave anemia e di deperimento in cui trovavasi la paziente, la quale del resto rifiutava qualsiasi narcosi.

Previa disinfezione della vagina ed anestesia locale novocainica, praticai due incisioni sul collo dell'utero ai due lati, indi col dito indice introdotto nell'utero lacerai la mucosa uterina e la capsula fibrosa del tumore e per via ottusa lo scollai staccandolo dalla sua larga base d'impianto e lo enucleai. Praticai il raschiamento della mucosa uterina per un'endometrite concomitante, indi suturai le incisioni del collo e zaffai la cavità uterina e la vagina con garza sterile, che tolsi due giorni dopo.

Il decorso post-operatorio fu ottimo, l'ammalata fu sempre apiretica, non ebbe più perdite di sangue: dopo 20 giorni lasciò il letto.

Il riscontro vaginale, fatto 40 giorni dopo, permise di riscontrare un utero poco più voluminoso del normale, di superficie regolare, in lieve retroversione mobile.

Lo stato generale dell'inferma era molto migliorato, tanto che essa aveva ripreso le proprie occupazioni.

Il pezzo asportato pesava complessivamente

235 gr. Era di forma ovalare, superficie liscia, consistenza dura, fibrosa. Appare alla sezione colla tipica struttura irregolarmente fascicolata dei fibromi, di colorito pallido, poco splendente. Alcuni pezzetti presi in vari punti del tumore vengono fissati nei vari liquidi: alcool, formalina, Zenker, indi inclusi in paraffina: le sezioni vengono colorate con ematossilina-eosina, v. Gieson.

L'esame microscopico mostra che il tumore è costituito di fibre muscolari liscie, raccolte in fasci separati da fasci di tessuto connettivo; a seconda del taglio i fasci muscolari si mostrano in sezione longitudinale o trasversale, le fibre muscolari liscie appaiono in alcuni punti alquanto tozze: sono ricche di protoplasma granuloso: hanno un nucleo abbondantemente provvisto di cromatina.

Nulla di speciale a carico del tessuto connettivo: in alcuni punti, specie nelle sezioni del centro si ha accenno a lieve grado di edema.

L'esame istologico conferma quindi la struttura fibromiomatosa tipica. Nessuna traccia di processi degenerativi o necrotici. La porzione di mucosa che riveste il tumore si presenta atrofica, priva di glandole ed in qualche punto priva affatto d'epitelio. I frustoli di mucosa asportati col raschiamento presentano i caratteri dell'endometrite interstiziale cronica.

***

L'enucleazione vaginale dei fibromi sottomucosi ed interstiziali è una operazione già molto in voga per il passato, più raramente usata al giorno d'oggi.

Praticata e ben disciplinata da Amussat e Velpeau nella prima metà del secolo scorso, permise loro di estrarre in tal modo grossi fibromi interstiziali. Cadde per opera di Jarjavay e di Guyon, mentre in America Atlee la diffuse. Langenbick in Germania, Pozzi, Pean e Doyen in Francia la riabilitarono e vi associarono il *morcellement* e lo svuotamento della massa neoplastica. Ségond spinse la miomectomia vaginale fino al suo limite estremo: egli riuscì ad estrarre in più di sessanta frammenti dei fibromi di 1200 grammi.

Attualmente bisogna ammettere che la miomectomia vaginale ha le sue indicazioni ed applicata razionalmente e colla più scrupolosa asepsi è una operazione conservatrice.

Essa è incontestabilmente indicata:

a) nei fibromiomi della porzione vaginale del collo, dove è di facile esecuzione;

b) nei fibromiomi della porzione sopra-vaginale del collo: è la miomectomia transvaginale di Czerny;

c) nei miomi sessili sottomucosi del corpo;

d) in certi fibromi intramurali facilmente accessibili.

Quando il tumore è in via di infezione o di sfacelo è a maggior ragione preferibile la miomectomia vaginale.

Quest'atto operativo può presentare serie difficoltà di esecuzione e pericoli gravi.

Uno dei pericoli è costituito dall'*emorragia* che si vincerà col tamponamento, come vuole Legueu, in qualche caso lasciando *in sito* pinze emostatiche. Può ancora prodursi l'*inversione* dell'utero e la sua *perforazione* che un tempo era spesso mortale per sepsi, ma che al giorno d'oggi, usando tutte le regole dell'asepsi, non costituisce una complicazione molto pericolosa.

Certo che se si opera sopra tessuti infiammati ed in sfacelo è a temere la peritonite, come ebbe Laenger, il quale per via laparatomica suturò l'utero che aveva perforato, mentre Waertk in un caso simile fece con esito favorevole l'isterectomia vaginale.

Della Torre riportava all'ultimo Congresso di Ostetricia e Ginecologia di Roma un caso in cui durante l'asportazione di un voluminoso polipo uterino ebbe a produrre la perforazione del fondo dell'utero.

Un altro pericolo di questa operazione consiste nel fatto che le metrorragie possono proseguire perchè mantenute da altri miomi lasciati nell'utero ed in ogni modo nodi fibrosi non sospettati possono essere punto di partenza di recidive a scadenza più o meno breve.

Quando il punto d'impianto del tumore è molto in alto, l'operazione può essere un po' cieca, mancare di completa sicurezza e spesso essere di lunga esecuzione.

Resta però fuori dubbio che la miomectomia per via vaginale è operazione conservatrice, poco traumatizzante e nel caso mio preferibile ad ogni altro atto operativo.

BIBLIOGRAFIA.

AMUSSAT. *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de la matrice e de la possibilité de leur extirpation.* « Revue médicale », ag. 1840 e Paris, 1842.

JARJAVAY. *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus.* 1850.

W. L. ATLEE. *The surgical treatment of certain fibroid tumours of the uterus heretofore considered beyond the resources of art.* Philadelphia, 1853.

BAKER BROWN. *Obstetrical Transactions.* Londres, 1862. L. III, pag. 67-79.

DUNCAN. « Edimburg med. Journ. », febr. 1867. L. XII, 2ª parte, p. 206.

GUYON. These d'agrégation. Paris, 1860.

POZZI. *De la valeur de l'hystérectomie.* 1875.

CZERNY. « Wiener med. Woch. », 1881, n. 18-10.

DEZANNEAU. « Bull. de la Soc. de Chir. », 18 janv., 1885.

PÉAN. « Gaz. des Hôpit. », 1886, p. 445 e 1169.

SCHWARTZ. « Surg., Gynec. », 24 nov. 1896, n. 43, p. 537.

GAUNAT. *De l'hystérectomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux.* « Thèse de Paris », 1896-1897.

LONGUET. *De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins.* « Progrès médical », juillet, 1899.
SEGOND. Comptes rendus de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1900.
DARTIGUES. *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.* Paris, Maloine, 1901.
LEBADIE-LAGRAVEET F. LEGUEU. « Traité de Gynécologie », 1904.
POZZI. « Traité de Gynécologie », Paris, 1905, pagine 389 e segg.
A. CARLE e L. HERLTZKA. « Trattato It. di Chir. », vol. V, parte III, pag. 209 e segg.
FORGUE e G. MASSABUAU. « Ginecologie », 1916, pag. 297 e segg.
L. ZANCLA. *Un caso raro di fibroma sottomucoso dell'utero ad evoluzione vaginale.* Congresso di Ostetricia e Ginec. di Roma 1913, Atti, pagine 364 e segg.
F. LA TORRE. *Voluminoso polipo uterino gravemente complicato.* Atti del Congresso di Ostetricia e Ginecologia di Roma, 1913, pag. 408 e seguenti.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Il sistema simpatico.

ANATOMIA DEL SIMPATICO IN GENERALE.

Il dott. J. Trías esponendo al III Congresso dei medici di lingua catalana (*Revista española de medicina y cirugia* - anno 1919, n. 14, pag. 439) lo stato attuale delle conoscenze nostre intorno all'anatomia del simpatico, mostra come lo studio moderno faccia risaltare le connessioni di detto sistema con il sistema cerebro midollare, i limiti delle quali sono molto più estesi di quel che non si credesse prima: la sua attitudine ad operare indipendentemente dai centri cerebro midollari gli hanno fatto dare il nome di *sistema nervoso autonomo.* Esso può dividersi in *simpatico propriamente detto* e in *sistema parasimpatico.*

I glangli simpatici hanno la loro origine da neuroni efferenti contenuti primitivamente nell'asse nervoso dal quale si separano nel corso dello sviluppo senza per altro perdere le proprie connessioni con il midollo.

Le vie efferenti del simpatico propriamente detto nascono quasi esclusivamente dalla porzione midollare compresa fra l'origine reale dei nervi che vanno all'arto superiore e quella dei nervi che vanno all'inferiore.

Le cellule simpatiche si distinguono dalle cellule motrici somatiche per le scarse dimensioni ed il loro asse termina nel ganglio simpatico. Questi assi rivestiti di mielina costituiscono i *rami comunicanti bianchi.*

Gaskell ha diviso i gangli secondo la loro situazione in *laterali* o *vertebrali, prevertebrali* e *terminali.*

I neuroni dei gangli vertebrali inviano assi che si mettono in relazione con la radice anteriore del nervo rachideo corrispondente fino a distribuirsi con i rami di questo nelle ghiandole, vasi, ecc.

I nevrassi dei gangli prevertebrali terminano esclusivamente nei visceri ove giungono seguendo sempre il decorso dei vasi.

Gangli vertebrali tipici sono quelli che formano la catena toracica e lombare; gangli tipici prevertebrali, il semilunare, il mesenterico inferiore, ecc.

Altri gangli sono misti come il *cervicale superiore* le cui fibre postganglionari, seguendo i vasi e i nervi cranici, terminano nell'occhio, mucosa, ghiandole salivali, pelle.

Il *secondo ganglio cervicale* dà rami al cuore e al corpo tiroideo.

Il *terzo,* il *ganglio stellato dei fisiologi* invia rami alla pelle dell'arto superiore e ad alcuni visceri, specialmente al cuore ed all'apparato bronchiale.

Il parasimpatico presenta:

una porzione mesencefalica i cui neuroni pregangliari terminano nel ganglio ciliare, dal quale i rami postgangliari si distribuiscono allo sfintere dell'iride ed al muscolo ciliare,

una porzione bulbare le cui fibre accompagnano il *facciale* e terminano nel ganglio sfenopalatino ed otico, distribuendosi poi alle glandole e vasi della mucosa nasale, palatina, guanciale, gengivale, faringea, alla parotide, ecc.

Altre fibre accompagnano il *glosso faringeo* e terminano anche al ganglio sfenopalatino ed otico.

Altre infine il *pneumogastrico* ed originano i nervi moderatori del cuore, o i nervi terminanti nei bronchi, od i nervi motori dello stomaco, intestino, od i secretori del pancreas, fegato, stomaco, rene, ecc.

La porzione sacrale del parasimpatico comprende solo i tre primi rami che formano il nervo pelvico: le sue fibre pregangliomari terminano nei gangli del plesso ipogastrico dal quale le fibre postgangliari si distribuiscono negli organi genitali, nel colon, retto, vescica.

Le vie afferenti del simpatico destinate a trasmettere ai centri nervosi le impressioni della cenestesi viscerale sono poco conosciute.

S. Gil Vernet, F. Gallart Monés ai fatti precedenti aggiungono che vi è nell'uomo un ganglio di natura nervosa fino ad oggi non descritto e posto nel punto di emergenza nell'arteria me-

senterica inferiore, il quale serve a stabilire l'unione nervosa fra l'apparato genito urinario e la porzione terminale dell'intestino.

Questo ganglio è forse l'omologo del mesenterico inferiore dell'anatomia comparata e centro dei riflessi vescicorenale, renorenale, renointestinale, ecc.

FISIOPATOLOGIA DEL SIMPATICO ADDOMINALE.

La distinzione funzionale che si è tentata di fare fra il gruppo bulboprotuberanziale del simpatico (o vegetativo autonomo) ed il gruppo toracico (o simpatico propriamente detto) è prematura: la pretesa azione antagonista di queste formazioni in alcuni visceri, compreso il cuore, non è stata dimostrata e i fatti sono molto più complessi di quello che non farebbe supporre la facile divisione in vagotonia e simpaticotonia.

Le relazioni delle funzioni simpatiche con le surrenali risultano chiare quando si pensi alla comune origine embriologica delle cellule simpatiche e cromaffini, parentela che rivelasi più tardi con la elettività dell'adrenalina sul simpatico, ed ai numerosi rami del simpatico che si distribuiscono ai surreni.

Nei riguardi della secrezione gastrica, delle due specie di cause che vi intervengono, le riflesse e le chimiche, le prime agiscono sullo stomaco per mezzo dei vaghi non solo ma anche per mezzo di altra via oggi sconosciuta dato il persistere dello stimolo secretorio anche dopo la recisione di tali nervi: nei riguardi della motilità gastrica è assodato che lo stomaco separato dal vago e dal simpatico conserva una certa motilità: esiste nel cardias, nel fondo nell'antro pilorico, nel piloro, un gruppo speciale di neuroni che mettono in relazione le diverse porzioni fra loro e conferiscono allo stomaco una motilità indipendente.

Per l'intestino, esiste una coordinazione perfetta fra le funzioni dei vari segmenti del tubo digestivo in modo che la funzionalità di ciascun segmento è uno stimolo per la funzione del seguente.

La innervazione vasomotrice addominale è esercitata da nervi vasocostrittori e vasodilatatori. L'azione vasocostrittrice dello splacnico è legata all'adrenalina, può anche esercitarsi indipendentemente da essa. L'azione dilatatrice è talora legata a corpi ipotensori del tipo dell'istamina.

Nella funzione renale, gli studi degli AA. permettono di stabilire una dissociazione fra la funzione filtrante e l'autotossica dei reni ed autorizzano ad ammettere oltre l'azione vasomotrice una azione trofica del simpatico sui reni.

L'uretere, come il tubo digestivo, è dotato di motilità propria, però riceve anche stimoli motori dal plesso ipogastrico e stimoli inibitori dallo splacnico.

Nella vescica è più accentuata l'influenza del sistema nervoso centrale.

La secrezione esterna del pancreas attribuita primitivamente all'eccitazione nervosa, più tardi si vide dovuta all'azione della *secretina* e se la eccitazione del vago stimola la secrezione è perchè provoca la contrazione dello stomaco ed il vuotamento del suo contenuto con la formazione conseguente di secretina: in quanto alla secrezione interna del pancreas non conosciamo le influenze nervose che vi intervengono.

PATOLOGIA DEL SIMPATICO ADDOMINALE NELLE AFFEZIONI NERVOSE.

(« *Revista española, ecc.* »,
Doct. A. Pi Suner, J. M. Bellido, L. Cervera).

Le conclusioni principali schematizzate dal d.r Clotet ed esposte al III Congresso dei medici di lingua catalana, sono le seguenti:

I dolori del plessoo solare sono determinati dalla sua distensione o dalla irritazione delle sue terminazioni viscerali.

Nelle tabe può presentarsi una defecazione imperiosa: in tutti i casi di inibizione della via piramidale si ha defecazione involontaria.

I vomiti dei tumori cerebrali possono apparire in diversi periodi della loro evoluzione a seconda della loro situazione: nel trattamento delle gomme del cervello, è il primo sintomo che scomparisce.

Le crisi gastriche tabetiche si presentano d'improvviso con ipercloridria, accompagnate talora da broncorrea, scialorrea, rinorrea e con una intolleranza totale dello stomaco verso gli alimenti compresa l'acqua.

Gli attacchi epilettici nei vari periodi presentano sintomi della sfera digestiva, come lo sbadiglio, il nodo epigastrico, la barra colica, i vomiti, la defecazione, la minzione.

Abbondano nei psicastenici gli spasmi pilorici e le oppressioni gastriche.

Piccoli disturbi addominali possono scatenare il delirio allucinatorio.

I disturbi emotivi provocano scariche simpatiche con nodo epigastrico, diarree, ecc.

Le acroparestesie, l'aritmia, le palpitazioni dimostrano le correlazioni fra l'apparato cardiovascolare ed il simpatico digestivo.

Lo sbadiglio è molto frequente sotto forma di crisi in individui neurotici.

Nelle neurosi piccoli stimoli possono provocare coliche uterine e verso l'epoca della menopausa è da temere, dopo disturbi del simpatico surrenale, la comparsa di un basedowismo.

MONTELEONE.

SIFILOGRAFIA.

Quando si deve analizzare il liquido cefalo-radichiano di un sifilitico?

(RAVAUT. *Presse médicale*, 1919, n. 57, pag. 573).

L'analisi del liquido cefalo-rachidiano ci permette attualmente di avere notizie di capitale importanza sullo stato dell'apparato cerebro-spinale e delle meningi. La frequenza delle reazioni meningee nel corso della sifilide aveva da tempo richiamata l'attenzione dell'A. il quale ne ha fatto oggetto di lunghi studi ed ha potuto dimostrarne l'esistenza, durante il periodo secondario, nel 68 % dei casi studiati. Nel periodo terziario sono più rare ed hanno un significato ben diverso: mentre le prime sono di un ordine più generale e rivelano il passaggio, fugace il più delle volte, della setticemia sifilitica sull'asse cerebrospinale; le seconde sono di ordine locale e indicano particolarmente una lesione vera e propria del sistema nervoso. Le stesse constatazioni furono fatte per la sifilide ereditaria recente o tardiva.

Osservazioni successive permisero al R. di constatare che certe reazioni meningee, dopo un periodo di latenza più o meno lungo, possono essere seguite da manifestazioni nervose cliniche. In altri termini i disturbi nervosi aventi per substrato anatomico una meningo-vascolarite (ciò che per la sifilide è il caso più frequente) sono preceduti da lesioni meningee che restano lungo tempo latenti e che non possono essere rivelate, in questa prima fase, se non con l'uso sistematico della puntura lombare.

In seguito l'A. aveva proposto di distinguere due fasi ben distinte nell'evoluzione della maggior parte delle sifilidi nervose: un periodo cioè pre-clinico che può essere svelato solo mercè la puntura lombare e che incomincia con le prime lesioni meningo-vascolari determinate dalla spirochete e può durare talvolta per lungo tempo, durante il quale gli organi colpiti subiscono un processo degenerativo per così dire silenzioso fino a quando poi non si manifestano i primi sintomi clinici, non si passa cioè al secondo periodo in cui basta il solo esame clinico per porre la diagnosi di sifilide nervosa. Il primo è un periodo d'incubazione che può durare degli anni, il secondo è quello delle manifestazioni ed incomincia con i primi segni clinicamente rilevabili. Si comprende l'importanza di questa distinzione quando si pensi che un sintoma clinico, anche apparso da poco tempo, non è che la manifestazione esteriore della distruzione di una regione nervosa contro cui la terapia arriva sempre in ritardo.

Se invece si può dimostrare la meningo-vascolarite latente che precede il più delle volte i processi nervosi della sifilide, la puntura lombare diviene una guida terapeutica tanto più utile quanto più precoci sono le sue indicazioni e rappresenta un vero metodo di profilassi della sifilide nervosa.

Ciò premesso l'A. si domanda quale sia il momento più propizio per l'esame del liquido cefalo-rachidiano il quale, com'è naturale, non si può praticare con la stessa facilità con cui si procede, p. e., all'esame del sangue.

Dall'osservazione di mille malati risulta che le reazioni meningee latenti, premonitrici di disturbi nervosi, possano incominciare in qualunque periodo della sifilide: sono assai frequenti nei primi tre anni, dal quarto anno fino all'undecimo diminuiscono in modo regolare, restano stazionarie fino al ventesimo per poi diminuire ancora. Le reazioni positive, accompagnate da disturbi nervosi clinicamente evidenti, seguono invece una curva con andamento inverso. Ne risulta che se si voglia mettere in evidenza il *maximum* delle reazioni latenti, bisogna praticare la puntura lombare fra il 1° ed il 10° anno: in quelle però dei primi tre anni bisogna tener conto delle reazioni di origine setticemica assai frequenti in questo periodo. Le reazioni che persistono dopo i tre anni sarebbero l'indice di una lesione nervosa che può evolvere per proprio conto. Fra le reazioni precoci dei primi tre anni è possibile però, secondo l'A., dallo studio citologico degli elementi cellulari, per l'abbondanza dell'albumina e la presenza di una reazione di fissazione positiva, distinguere quelle che rappresentano un'alterazione nervosa grave abbenchè non ancora accompagnata da sintomi clinici di sorta.

Tenendo conto di tutti questi fatti è fra il quarto ed il decimo anno che dovrebbe essere praticata la puntura lombare e, possibilmente, più verso il quarto anno che non oltre, perchè è allora che le reazioni latenti cominciano a diminuire zio ed alla fine delle due curve (curva delle reazioni latenti, curva delle reazioni con segni clinici).

Praticamente l'A. consiglia questo esame all'inizio del quarto anno e verso il decimo cioè all'inizio ed alla fine delle due curve (curva delle reazioni con segni clinici).

L'A. riassume poi le indicazioni dell'esame del liquido cefalo-rachidiano durante il corso della sifilide nel modo seguente:

1° Se il sifilitico presenta disturbi nervosi clinicamente evidenti, quale che sia il periodo della infezione, la puntura lombare indicherà se la lesione è accompagnata o no da meningite e nell'affermativa permetterà di determinarne l'intensità

con lo studio della formula leucocitaria, per l'abbondanza di albumina e con la ricerca della reazione di fissazione.

2° Se il sifilitico presenta disturbi nervosi sospetti o fenomeni d'ordine psichico la puntura lombare mostrerà la natura organica o puramente neuropatica di essi.

3° Se il sifilitico non presenta alcun disturbo nervoso il medico dovrà praticare la puntura lombare per assicurarsi che il suo malato non abbia alcuna reazione meningea latente. Qualora si tratti di un malato di cui il medico diriga la cura sin dall'inizio dell'infezioine è necessario praticare una puntura lombare sistematicamente nel corso del 4° anno: se l'esito è positivo si continuerà la cura fino a che non diventi negativa. In caso contrario bisognerà ricominciare questo esame al 10° anno, subordinando il trattamento, fra l'una e l'altra puntura, alle norme generali. Quando invece si tratta di un malato che viene a consultarci per la prima volta, se non ha disturbi nervosi e la malattia non ha sorpassato il 3° anno, la puntura può essere differita al 6° anno: se ci consulta fra il 6° ed il 10° anno la puntura dovrà essere fatta senz'altro.

Dopo il 10° anno essa dovrà pure venir consigliata, ma meno necessariamente, giacchè le statistiche dell'A. dimostrano che dopo quest'epoca più del 45 % delle reazioni positive sono accompagnate da disturbi nervosi clinicamente evidenti e tali da richiamare essi soli l'attenzione del medico.

4° In malati con disturbi nervosi mal determinati, senza sifilide riconosciuta, l'esame del liquido cefalo-rachidiano potrà permettere di riferire alla sifilide dei fenomeni che si potrebbe essere indotti ad attribuire ad altre cause.

In ogni caso è bene sapere che non tutti gli accidenti nervosi di origine luetica debbano necessariamente essere accompagnati da meningite. Alcune arteriti e gomme profonde, focolai d'encefalite e di mielite, forse anche certe ependimiti possono evolvere senza modificare lo stato del liquido cefalo-rachidiano. Questa nozione è necessaria nel fare il pronostico di un luetico il cui liquido cefalo-rachidiano sembri normale.

L'A. conclude che, evitando la ripetizione talvolta penosa della puntura lombare e praticandola solo nel momento in cui è suscettibile di darci utili indicazioni, essa sarà accettata tanto più volentieri dal malato e potrà riuscire di grande efficacia per prevenire quelle manifestazioni nervose che senza dubbio rappresentano le conseguenze più temibili della malattia.

V. MONTESANO.

PEDIATRIA.

La stenosi ipertrofica congenita del piloro.

(G. R. PIRIE. *The Lancet*, 20 sett. 1919).

L'A. pubblica due articoli su questo argomento.

Nel primo studia la *patogenesi* della malattia. Esclusa la spiegazione comune che essa sia dovuta a un errore di sviluppo egli ritiene che l'interpretazione più semplice è di attribuirla a spasmo, determinato a sua volta da iperdranelismo nella vita fetale, dipendente da un difettoso equilibrio tra le secrezioni dei vari organi endocrini nel loro processo di sviluppo e di evoluzione.

Si è molto discusso se l'ipertrofia sia congenita: in base a una serie di argomenti l'A. conclude appunto che essa esista prima della nascita. È stato dimostrato quanta importanza abbiano, dal punto di vista dello sviluppo, gli organi endocrini e quanto delicatamente esatto sia l'equilibrio fra i loro ormoni. È noto anche quale importanza assume nell'adulto il perturbamento di quest'equilibrio: si può dedurne che tale importanza sia anche maggiore, se il disquilibrio avviene nella vita intrauterina: a un eccesso di ormone midollare soprarenale può seguire uno spasmo di ogni muscolo non striato e quindi del piloro, cui conseguirebbe l'ipertrofia, Keith ha dimostrato che piloro e parte midollare della soprarenale si differenziano ambedue al terzo mese di vita intrauterina; e, ancora, che prima della nascita le surrenali sono grandi quasi come i reni.

D'altra parte Sharpey Schafer ottenne spasmo del piloro iniettando adrenalina nelle vena soprarenale. È vero che questa azione costrittrice non è elettiva per il piloro ma si ha anche per altri punti del tubo gastroenterico; ma la conseguente ipertrofia solo a carico del primo può spiegarsi con gli speciali rapporti anatomici e secretivi esistenti fra stomaco, piloro e duodeno.

Al *post obitum* si notano frequentemente leggeri ispessimenti del piloro in bambini che in vita non mostrarono segno alcuno di ostruzione pilorica: se questo ispessimento sia o no congenito non può, certo, stabilirsi. Sia in questi casi che in quelli che mostrarono in vita vera stenosi ipertrofica, invano si è ricercata qualche anomalia delle surrenali. Il che non può recare alcuna meraviglia, se si ammette che il disturbo endocrino ha luogo prima della nascita; e le autopsie riguardano bambini già di parecchie settimane di età, durante le quali il processo di involuzione ghiandolare può essere stato completo, rimanendo solo gli effetti della ipersecrezione della vita intrauterina.

Va considerato inoltre che non sempre una ipersecrezione è accompagnata da alterazione della ghiandola rispettiva. La pronta risposta secretiva, che la surrenale dà a stimoli provenienti dal ganglio semilunare, induce a pensare che in alcuni casi v'è un iperadrenalismo consecutivo a eccessiva stimolazione degli splanenici. Tyrrel, Gray e Parsons hanno dimostrato l'effetto di stimoli eccessivi sul simpatico. Il loro lavoro dà una spiegazione possibile della combinazione frequente dello spasmo pilorico con la fimosi.

Il grado di ipertrofia pilorica presente alla nascita è sufficiente, salvo rari casi, a produrre sintomi di ostruzione. Ma dopo la nascita vi sono delle concause che possono completare l'ostruzione. E poichè queste sono guaribili con un trattamento palliativo, si spiega la possibilità della guarigione della stenosi pilorica ipertrofica congenita senza operazione. Le due principali di queste cause concomitanti sono la *fimosi e l'inibizione secretoria*.

La fimosi può da sè sola determinare lo spasmo. Esistono dei casi, con peristalsi e vomito eruttivo, ma senza tumore palpabile, in cui la circoncisione di una fimosi accentuata provocò la guarigione. D'altra parte su 84 casi di stenosi congenita l'A. ha trovato solo 13 bambine e neppure un ebreo. Da ultimo la grande maggioranza di questi bambini presentavano una netta fimosi. Si sa che la corticale della surrenale è in rapporto con lo sviluppo degli organi sessuali; ed è significativa l'associazione di sviluppo sessuale precoce con ipernefromi maligni: può dunque esistere una relazione fra una lenta involuzione della surrenale e la fimosi.

Ma il fattore più importante nel produrre uno spasmo pilorico complementare è un disturbo secretorio attribuibile direttamente all'ostruzione. In condizioni normali il contenuto acido dello stomaco passando nel duodeno stimola la formazione di secretina, che, riassorbita dal sangue, va ad eccitare il pancreas; d'altra parte il chimo acido nello stomaco apre il piloro e nel duodeno lo chiude: tale chiusura, se l'acidità non è neutralizzata dalla secrezione alcalina pancreatica, persiste. Ora, dato un orifizio già stenosato si avrà una diminuzione di secrezione pancreatica e quindi l'orifizio rimarrà ancora più a lungo chiuso: circolo vizioso che finisce con l'interrompere un efflusso gastrico già diminuito.

Parecchi argomenti fanno qui pensare a una insufficienza pancreatica: il latte pancreatinizzato è in questi bambini tollerato meglio di qualunque altro alimento; dopo la guarigione dall'ostruzione (con metodi palliativi o radicali) per parecchi giorni si hanno deiezioni frequenti (pericolo della diarrea nel periodo postoperatorio) grasse; e per un paio di settimane i bambini vanno meglio con una dieta di latte peptonizzato, povero di grassi. Ciò si spiega pensando che il pancreas, la cui funzione è stata per un certo tempo inibita, non può riprendere il massimo della sua funzione non appena è stata tolta la ostruzione, ma occorrerà un certo tempo prima che possa segregare i fermenti sufficienti alla digestione completa dei proteidi o dei grassi.

Infine Sharpey Schafer ha dimostrato che la surrenale è antagonistica col pancreas. Così l'iperadrenalismo, relativo e assoluto, inibirebbe la secrezione pancreatica. L'insufficienza pancreatica è un fattore potente dello spasmo pilorico. Concludendo, dato l'iperadrenalismo, v'è una causa sufficiente per l'ipertrofia primaria, determinata dallo spasmo, e per la continuazione o la ripresa di questo spasmo, da parte dall'insufficienza pancreatica.

***

Nel secondo articolo, scritto in collaborazione con H. Tirrel Gray l'A. espone la diagnosi e il trattamento della malattia.

I *sintomi* principali sono i seguenti:

1° La palpazione di un tumore pilorico è l'unico segno certo: la sua assenza deve render dubbia la diagnosi. Un esame accurato ne farà rilevare la presenza: talvolta è necessaria una palpazione profonda. La sede ordinaria è al margine esterno del retto di destra nel piano transpilorico, ma può essere più alto o più basso. Le dimensioni sono variabili. La ricerca può esser difficoltata da una dilatazione gastrica, da una sede profonda sotto il fegato, dallo sviluppo dei muscoli della parete addominale, dalla distensione delle anse intestinali. Si consiglia quindi: di eseguire la palpazione subito dopo il pasto (che stirerà in basso lo stomaco e inoltre provocando la peristalsi renderà più evidente il piloro); ovvero di far precedere dei lavaggi gastrici per eliminare la distensione dello stomaco; o in alcuni casi di esaminare il piccolo paziente bocconi.

2° Una peristalsi gastrica visibile dimostrerà che il tumore, palpato come si è detto sopra, determina una ostruzione pilorica accentuata. Isolata ha poco valore: è mancata in casi in cui esisteva il tumore, è stata presente in casi in cui v'era semplice spasmo senza ipertrofia congenita.

3° Il vomito a proiezione, a getto, ha lo stesso valore diagnostico della peristalsi gastrica visibile. Quando è caratteristico, il cibo, non mai colorato di bile, è emesso come un getto attraverso la bocca sul pavimento, e fuoriesce anche dalle narici. Segue immediatamente al pasto ovvero si presenta una o due ore dopo.

Presi insieme, questi due fatti cardinali indicano stenosi ipertrofica congenita con alto grado. Presi isolatamente ha valore solo il primo, come si è detto.

4° La costipazione è di solito accentuata. Essa è in rapporto diretto con la stenosi e anche con l'inibita secrezione pancreatica: le dimensioni delle feci indicano il grado dell'ostruzione pilorica, la loro consistenza il grado della inibizione secretiva.

5° Nei maschi la fimosi è associata costantemente, come si è visto nell'articolo precedente, con la stenosi pilorica congenita. Una fimosi marcata può provocare pilorospasmo riflesso: a un potente stimolo afferente risponde non tanto l'intiero sistema simpatico, quanto particolarmente lo splanenico e quindi si ha inibizione del tratto digerente: ma poichè in questo gli sfinteri sembra abbiano una innervazione inversa, uno stimolo che inibisce la muscolatura provoca la loro contrazione.

D'altra parte è ben noto che dal prepuzio parte un potente stimolo afferente: se continuato, esso può provocare uno spasmo del piloro, sia per stimolazione diretta sia per eccessiva stimolazione dell'ormone soprarenale, sia per l'una e per l'altra.

5° L'età alla quale i bambini vengono di solito portati alla consultazione è da 4 a 6 settimane. Tutte le statistiche mostrano una larga preponderanza nei maschi: il che può spiegarsi con l'esser questi vagotonici, mentre le donne sono simpaticotoniche. Ma probabilmente la ragione più importante della differenza sta nella fimosi, che nei maschi agisce da potente concausa nel provocare uno spasmo suppletivo.

TRATTAMENTO.

a) Sintomatico. La dieta sarà costituita da latte peptonizzato. Si useranno lavande gastriche data l'importanza della gastrite come fattore concomitante dell'ostruzione pilorica. La stipsi, riconosciutane la causa non potrà essere combattuta con catartici: un piccolo clistere di olio o una lavanda rettale è tutto ciò che è necessario.

b) Il trattamento *curativo* si divide in tre tipi: urgente, palliativo e radicale.

Hanno bisogno di un trattamento urgente quei casi in cui la stenosi ipertrofica è estrema (si dovrà ricorrere subito all'operazione); e quegli altri in cui, le condizioni datando da parecchi giorni, i bambini sono ridotti in stato di grave denutrizione. In questi ultimi si cercherà prima con lavaggi gastrici, con ipodermoclisi glucosate di rimettere il piccolo paziente in buone condizioni; si potrà ricorrere ad altri mezzi palliativi (v. appresso) badando però a non oltrepassare il punto critico in cui l'operazione si impone.

Il trattamento palliativo è diretto a vincere la inibizione secretiva (per la quale peraltro non v'è che sopprimere la causa cioè l'ostruzione pilorica) la gastrite (lavaggi gastrici e dieta) la fimosi (circoncisione).

Se i mezzi palliativi in dieci-dodici giorni non hanno avuto effetto (controllare il vomito, le feci, il peso, le condizioni generali), l'operazione si impone: il processo di Ramsteedt, basato sul fatto che la mucosa pilorica è sufficientemente spessa e abbondante per provvedere da sola una adeguata protezione del peritoneo contro il versamento e l'infezione da parte del contenuto gastrico, supera tutte le altre in velocità, semplicità e certezza di successo.

Dopo l'operazione poichè è stato dimostrato che il pancreas impiega per riguadagnare il suo funzionamento 10-12 giorni, occorrerà per questo tempo somministrare al bambino latte peptonizzato, in dosi gradualmente crescenti; sostituendolo verso la fine di questo periodo con latte citratato. Quando le feci non mostreranno più dei grassi incompletamente modificati, si potrà dedurre che la secrezione pancreatica è tornata al normale: a partire da questo momento i bambini saranno nutriti come soggetti normali.

SEBASTIANI

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 13 febbraio 1920.

Presidenza: Prof. DEVOTO.

L'encefalite letargica.

STRADIOTTI G. — L'O., che in un gruppo di 34 casi ebbe ad osservare in prevalenza forme atipiche, di difficile riconoscimento, enumera ed illustra i sintomi dell'e. l. cominciando dai fenomeni nevralgici che spesso costituiscono l'unico sintomo del pericolo di invasione e di cui egli ha osservato principalmente il tipo cervico-brachiale. Nota poi la grande frequenza dei sintomi d'irritazione motrice rappresentati ora da scosse cloniche ritmiche specie nel campo della muscolatura addominale, ora da moti coreici disordinati ovvero da un'estrema agitazione generale di tipo maniaco cui si associa talora una logorrea incoercibile, una insonnia pertinace e tormentosa o delirio.

L'O. descrive poi le varie vicende e i gradi diversi dell'ipersonnia che diventa coma nei casi mortali. Enumera poi una ricca serie di fenomeni oculo-papillari: la miosi con vario grado di rigidità, l'anisocoria, la blefaroptosi, che paragona a quella della malattia di Erb-Goldflam, gli strabismi, la semplice diplopia, la paresi isolata dell'accomodazione, l'ambliopia, l'iperemia congiuntivale, la cheratite neuroparalitica, le varie forme di nistagmo, l'esoftalmo e la sindrome di Claudio Bernard-Horner.

Tratta poi dei vari sintomi della serie cerebellare, del dermografismo, delle turbe sfinteriche e dello stato del liquido cefalo-rachidiano quasi sempre normale all'inizio, con lievi alterazioni negli stadi più avanzati. A proposito della febbre ricorda le ipertemie terminali, certi stati residuali di febbricola e l'assenza costante dei brividi. Nota come i sudori seguano un andamento autonomo, indipendentemente dal decorso della temperatura, ed illustra una serie di sintomi cutanei, dalle sudamina agli esantemi scarlattiformi, dall'erpes al prurito, dalle emorragie cutanee alle varie forme della desquamazione epidermica. Ha sempre riscontrato negativo il sintomo del laccio. Fra i sintomi circolatori dà speciale rilievo alla possibilità di lesioni valvolari; pel reperto ematologico accenna alla iperleucocitosi costante, ma raramente cospicua. Una sola volta riscontrò glicosuria transitoria. Infine dopo aver ricordato in linea diagnostica la letargia isterica, mette in rilievo le molteplici affinità sintomatiche esistenti tra l'e. l. e la corea elettrica del Dubini.

Monti Achille. — Espone successivamente i reperti anatomo-patologici da lui osservati in 66 casi di e. l. Le lesioni sono abbastanza uniformi: macroscopicamente notasi iperemia più o meno diffusa al cervello, minore al cervelletto, più spiccata alla base e specialmente ai peduncoli cerebrali, all'acquedotto di Silvio, al ponte, al midollo allungato, talvolta anche al nucleo lenticolare, alla capsula esterna. All'esame microscopico di queste zone trovò, oltre all'iperemia intensa, lievi suffusioni emorragiche perivascolari, talora limitatissime, brevi tratti di infiltrazione parvicellulare intorno ai piccoli vasi (anche nella pia e nella cortex corticis), lesioni secondarie delle cellule nervose, e, fatto costante non ancor rilevato bene da altri autori, una lesione abbastanza diffusa degli endoteli vasali. Di tratto in tratto gli endoteli presentano piccole zolle di degenerazione ialina o granulosa, talvolta accanto ai granuli albuminosi o ialini si osservano goccioline di lipoidi e nei casi più avanzati goccioline di grasso.

Nel midollo spinale la congestione è quasi nulla al rigonfiamento lombare, cresce dal basso all'alto: talvolta è notevole al rigonfiamento cervicale. In un caso ha osservato un'emorragia estradurale, in un altro piccole emorragie sotto la pia, sempre nella parte più alta del midollo.

Le ricerche di microrganismi nel cervello, le inoculazioni di sostanza nervosa in cani, conigli, cavie, topi, hanno dato risultati negativi. Anche le colture del sistema nervoso sono rimaste sterili. Al torace trovò costanti le ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche; iperemia ed ipostasi dei polmoni; emorragie intralveolari a piccolo focolaio più o meno estese, raramente confluenti. In 3 casi dal polmone potè isolare un germe, avente i carateri del pneumococco, varietà edematogena. All'intestino in diversi casi vide piccole emorragie sottomucose, in quasi tutti notò tumefazione più o meno evidente nelle placche del Peyer e di follicoli solitari. Alla milza ed al fegato nulla di particolarmente notevole: la polpa splenica è congesta ma non si rileva un sensibile tumore di milza. I reni mostrano sempre considerevole iperemia specialmente dei glomeruli: talvolta con versamento albuminoso nella capsula di Bowmann, tumefazione ed alterazioni degenerative dell'epitelio dei canalicoli contorti, congestione ancora più imponente della sostanza midollare, raramente cilindri.

Nel complesso il quadro anatomopatologico ci fa pensare ad una grave intossicazione di origine infettiva.

L'O. ha avuto occasione di esaminare diversi casi durante la vita e dal confronto delle sindromi cliniche ha ricavato la persuasione che il nome di e. l. nuovamente introdotto, non corrisponde perfettamente al quadro morboso, perchè non sempre il sintoma sonno è la nota prevalente. Sonvi casi nei quali il quadro clinico è caratterizzato principalmente da algie, da eccitazione motoria, da sintomi di eccitazione continua, da contratture o da spasmi muscolari più o meno ritmici, da convulsioni, da delirio. In altri casi il quadro clinico è dominato da sintomi di depressione, di sonnolenza, di letargo, che poi passa al coma. La malattia comincia con iperemia delle fauci, talora con infiammazione delle tonsille, con febbre, la quale si eleva considerevolmente alla morte; talvolta osservò una temp. postmortale di 41°. Frequente è il delirio. Spesso le contratture e gli spasmi clonici si manifestano anche nei casi seguiti poi da sonnolenza, da sopore, da apparente letargo. I dolori ai bulbi oculari, le paresi o paralisi dei muscoli e nervi oculari al pari dei sintomi di depressione, di sonnolenza o di debolezza generale, sono, se-

condo l'O., manifestazioni di grave astenia, conseguente alla profonda intossicazione. Quasi tutti gli ammalati hanno traspirazione notevolisima, ed anche questo è sintomo di intossicazione.

La malattia che oggi si vuole chiamare encefalite letargica, sia dal lato clinico che da quello anatomico ricorda certi quadri nosologici descritti dal Beccaria fin dal 1729 e più tardi dal Pacini nel corso di epidemie di influenza: anche Giusepe Roncheti nell'influenza del 1837 rilevò la presenza dei sintomi emorragici e l'*obnubilatio cerebri*. Nel 1890, sul finire di quella grande pandemia di influenza, furono descritti casi simili agli odierni col nome di *nona*. Gli autori hanno discusso sul significato di questo nome e taluni, come l'Ebstein, lo ritennero la corruzione del termine tecnico coma. Ciò non è esatto. La spiegazione del nome nona ci è dato facilmente dai nostri emigrati nell'America meridionale, dove *nona* vuol dire rimbambito, sonnolento, ed aver la nona significa essere intorpidito o istupidito. Lo Zampetti, che descrisse alcuni casi di nona nel 1890, ci dice appunto che i suoi soggetti erano reduci dall'America.

L'O. affronta quindi la questione se l'e. l. sia veramente un'entità patologica distinta o se debba intendersi come un quadro clinico dell'influenza o se debba ritenersi identica a quella malattia che il Dubini per il primo descrisse col nome di corea elettrica. Già il prof. Zoia nel Consiglio provinciale di Pavia aveva accennato, come fece qui lo Stradiotti, all'analogia tra la malattia del Dubini e la sindrome clinica di taluni casi di così detta e. l. L'O. è convinto che le due forme sono diverse. Egli ebbe l'opportunità di vedere la corea elettrica con Grocco e con Stefanini dal 1866 al 1890; potè fare anche 2 autopsie. Dai suoi ricordi clinici ed anatomopatologici rileva che la corea del Dubini colpiva in prevalenza i bambini: in essa il delirio appariva come fenomeno tardivo: mancavano le paralisi o paresi oculari. Al tavolo anatomico le lesioni non erano prevalenti alla base dell'encefalo ma alla vôlta, così che egli doveva convenire col Grocco ammetendo la corea del Dubini come malattia infettiva endemica, caratterizzata da lezioni prevalentemente corticali.

L'O. dal confronto degli svariati quadri clinici dell'influenza, dai reperti anatomici nel corso di epidemie passate e presenti, è venuto alla convinzione che l'encefalite l. non è altro che una forma clinica di influenza grave. Già nel 1890 Maragliano, Bozzolo, Concetti distinsero 3 tipi di influenza, una forma respiratoria, una intestinale, una nervosa. L'influenza nervosa allora descritta collima col quadro dei nostri encefalitici: Maragliano allora parlando dell'influenza nervosa, descriveva sintomi di nevralgie, convulsioni cloniche, paralisi, sopore, stato comatoso. Il Bozzolo ha descritti casi di encefalite da influenza con un quadro identico ai nostri. Il prof. Monti di Vienna, il Concetti ed altri notarono la frequenza dei sintomi letargici nell'influenza dei bambini; Virey, Henry, Baret descrissero casi di letargo influenzale durato da 2 a 12 giorni. L'O. dopo numerose osservazioni ha dovuto convincersi che le lesioni anatomiche dell'influenza grave con sintomi nervosi sono identiche a quelle che si trovano nell'encefalite l. Questa assoluta somiglianza, anzi identità di reperti, conforta la sua tesi in modo suggestivo. Nessuno ha potuto dare la prova che l'e. l. sia un'entità patologica diversa dall'influenza. La questione potrebbe essere definitivamente risolta dalla dimostrazione dell'agente etiologico. Disgraziatamente per ora questo elemento di giudizio tanto nell'influenza come nell'e. l. ci manca, perchè nell'influenza l'O. non considera il bacillo di Pfeiffer come l'agente patogeno specifico. Il bacillo di Pfeiffer è un satellite dell'influenza, come è lo streptococco per la scarlattina.

Il prof. Devoto riassume brevemente la discussione segnalando come il concetto di forma autonoma in un senso clinico ed anatomopatologico si possa ritenere raggiunto.

Preti.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 23 gennaio 1920.

Sindromi encefalitiche osservate durante l'attuale epidemia di influenza.

Pesci. — Dopo un breve periodo prodromico talvolta si ha un periodo di parecchi giorni di agitazione con delirio, mioclonie, artralgie; all'improvviso possono insorgere fenomeni apoplettiformi e portare a morte il paziente. Dal periodo di agitazione si può passare alla sonnolenza con paresi o paralisi di n. cranici. La temperatura è sempre moderata, fra 38° C. all'inizio, in ultimo si possono raggiungere temperature anche molto elevate. Il polso all'inizio è raro (40-60), in fine frequente (120). In due casi vi era catatonia; in tre paralisi del solo facciale inferiore, in uno di tutto il facciale, in uno paralisi del velo pendulo. Nel liquido cefalo-rachideo lieve linfocitosi; talvolta aumento dell'albumina, non delle globuline, reazione di Wassermann negativa. Riflesso all'accomodazione mancante in un caso per due giorni; fondo oculare normale; assenza di sintomi a carico di altri organi. L'autopsia in un sol

caso dimostrò emorragie puntiformi del ponte, edema ed iperemia cerebrale.

Culture aerobie ed anaerobie del sangue e del liquido cerebro-spinale negative.

La sonnolenza sarebbe spiegata secondo il relatore da un'alterazione del talamo ove si interrompono tutte le fibre sensitive, per cui la corteccia cerebrale non ricevendo più gli stimoli dalla periferia, l'ammalato si addormenterebbe. Le lesioni intorno all'acquedotto di Silvio spiegherebbero i disturbi dei muscoli oculari e le paralisi sopranucleari. Il periodo di eccitazione starebbe in rapporto con l'encefalite corticale.

Quanto all'eziologia si potrebbe ammettere che l'epidemia influenzale esalti la virulenza del germe ignoto, che in individui predisposti determinerebbe una entità morbosa a se.

FOÀ aggiunge al reperto anatomico riferito dal Pesci quello di un'intensa iperemia dell'ipofisi, ciò che potrebbe avere un certo valore nei riguardi del sintomo sonno.

NEGRO riferendosi alla sintomatologia degli ammalati riferita dal Pesci, nella quale oltre la sonnolenza vennero notati fatti di paralisi di muscoli motorî degli occhi, come nella polioencefalite di Wernicke, opina che la paralisi del facciale debba ritenersi di origine nucleare, data la sua localizzazione al segmento inferiore del 7° paio. Ora siccome non solo le paralisi facciali nucleari sono essenzialmente localizzate a questo segmento, ma anche le paralisi del neurone centrale del facciale, è necesario risolvere il problema della localizzazione. Perciò converrà al relatore fare l'esame elettrico del nervo e dei muscoli facciali dal lato paralitico. Le alterazioni non solo quantitative, ma anche qualitative eventuali della eccitabilità elettrica, deporranno indubbiamente in favore della sede nucleare (periferica « sensu stricto ») della lesione.

CECONI prospetta l'importanza della questione, se il sonno sia un sintomo di sede o di intossicazione dei centri nervosi. Per quanto quest'ultima ipotesi sembri più attraente, pure la esatta osservazione del sintoma, la sua scontinuità, la possibilità della sua interruzione in qualsiasi momento, la sua comparsa a volte precoce, a volte tardiva, rispetto agli altri sintomi, inoltre anche la sua indipendenza dai medesimi, nei riguardi della sua intensità, la rendono poco probabile. Da notare anche che la sonnolenza, diciamo così, encefalitica, lascia intatta l'intelligenza, mentre nelle condizioni di intossicazione dei centri nervosi si tratta di una vera e spesso anche pronunciata depressione del sensorio a carattere continuativo. La sonnolenza degli encefalitici si comporta dunque come quella normale, perciò si deve interpretare come dipendente da un identico meccanismo. Si è parlato e si parla di un centro del sonno, però nulla sappiamo di esatto in proposito. Possiamo soltanto rilevare che la sede di cotesto centro, secondo qualche Autore nel talamo ottico, secondo qualche altro nel pavimento del 3° ventricolo e nella sostanza grigia cerebrale, sarebbe nel campo delle lesioni frequenti dell'encefalite letargica. Del resto tutta la sintomatologia della malattia apparisce varia di sede, forse anche la stessa febbre coi suoi scarti bruschi e ingiustificati e con la sua indipendenza da altri sintomi; la frequenza del polso e del respiro, i fenomeni vasomotorî, la secrezione del sudore e delle orine, ecc. i quali di solito sono regolati dal comportamento della temperatura. L'O. ricorda casi di sua osservazione con bassa temperatura e polso frequentissimo e respiro raro e superficiale, casi con bassa temperatura e sudorazione profusa, e casi con alta temperatura e poliuria intensa.

FORNACA conferma la grande variabilità delle forme cliniche; riferisce un suo caso iniziato come una vera corea febbrile; crede che si tratti di una localizzazione nel sistema nervoso centrale superiore. Egli ritiene sia importante la puntura lombare dal lato diagnostico; il liquido cerebro-spinale presenta generalmente come il sangue una linfocitosi; in uno dei suoi casi fu isolato dal topolino inoculato col liquido cefalorachideo un diplococco. Non crede che la puntura lombare abbia valore terapeutico; finora l'unica terapia è quella sintomatica.

BOZZOLO osserva che vi sono dei casi in cui il sonno manca, anzi vi è insonnia, casi in cui si notano sintomi motorî imponenti come fenomeni coreici. Ricorda i suoi contributi allo studio della polioencefalite di Wernicke, e quella forma da lui descritta durante l'epidemia influenzale del 1900, di polioencefalite superiore da influenza; e ancora un'osservazione pubblicata nella sua Clinica nel 1891, di un caso di sifilide cerebrale, in cui si era manifestata un'insistente sonnolenza, e l'autopsia aveva rivelato una lesione del pavimento del 4° ventricolo. Ciò che è ancora assai controverso è il rapporto dell'encefalite coll'influenza.

Seduta del 30 gennaio 1920.

VALOBRA riferisce sopra quindici casi di encefalite da lui osservati durante queste ultime settimane mentre infierisce nella città l'epidemia influenzale. Di questi, tre casi vennero a morte con fenomeni bulbari. Egli osserva, anzitutto, che la malattia si presenta con sintomi che dimostrano trattarsi di un *processo infettivo poco grave di per sè,* e poco virulento per tutti i tessuti dell'organismo salvo che per il sistema nervoso pel quale ha spiccata affinità. Neppure nei casi gravi venuti a morte ha mai osservato fenomomeni di alterata funzionalità renale, nè epa-

tica, nè miocardica nè ha mai osservato splenomegalia, nè alterazione della crasi sanguigna (emorragia), così frequente nell'influenza. Neppure alla autopsia si riscontrano negli organi suddetti quelle alterazioni degenerative degli organi più nobili che sono così frequenti nelle malattie infettive gravi. Più che dalla virulenza dell'agente infettante o della deficiente reazione dell'organismo la gravità della malattia è determinata dalla localizzazione del processo che può determinare nel bulbo fenomeni di deficit da parte di organi essenziali per la vita. Anche la febbre è generalmente mite e si eleva solamente nei casi con sintomi bulbari dimostrando così la sua patogenesi nervosa. Esistono persino *casi ambulatori* anche con decorso prolungatissimo nei quali tutto si riduce a cefalea gravativa, tendenza al sopore e paresi transitorie di qualche muscolo oculare, e questi casi hanno pur essi prognosi riservata.

Si tratta di un virus essenzialmente neurotropo. La localizzazione è prevalentemente cerebrale ma non mancano sintomi di localizzazione *midollare* e *radicolare* come i dolori iniziali a carattere nettamente radicolare, la eruzione di herpes zoster, l'attenuazione dei riflessi profondi, i fenomeni da parte degli sfinteri, e la ipereccitabilità galvanica dei nervi periferici, sulla quale egli specialmente attira l'attenzione.

Nel cervello i fenomeni più frequenti ad osservarsi sono a localizzazione mesencefalica, ma possono osservarsi fenomeni di localizzazione in ogni parte dell'encefalo come emiparesi associata a fenomeni di Babinski, emicoree ed emiatetosi spesso bilaterali associate ad ipoestesia, talora a dolori a carattere cerebrale (talamo ottico), sordità verbale, afasia motoria, accessi epilettici. In tutti questi casi con localizzazione negli emisferi è frequentatissimo il delirio con caratteri di confusione mentale dal quale il malato può essere facilmente richiamato transitoriamente alla realtà dal medico.

Generalmente i pazienti sono tutti apatici e torpidi *ma il sonno non è sintomo costante* ed accompagna più frequentemente i casi con sintomi mesencefalici.

Carattere essenziale dei fenomeni e la loro *transitorietà*, la loro *variabilità*, onde generalmente a periodi di delirio seguono periodi di sopore e viceversa; i fenomeni corticali (afasie, mioclonie...) sorgono, scompaiono, mutano di intensità di giorno in giorno, i dolori radicolari sono di durata limitata. Questo fatto è specialmente evidente nelle paralisi dei singoli muscoli oculari tanto intrinseci come estrinseci. Una sol volta ha osservato una paralisi nucleare permanente del facciale con reazione degenerativa. Questo decorso starebbe a dimostrare che i piccoli focolai di encefalite che si riscontrano diffusi nel cervello senza traccia di sistematizzazione determinano ben raramente fenomeni distruttivi ma frequentemente fenomeni di mejopragia. Si augura che maggior precisione dei reperti anatomici illumini in avvenire questa questione.

Fra i sintomi transitori di dubbia localizzazione egli cita la *poliuria* intensissima senza glicosuria e senza aumento della pressione sanguigna. Ed a proposito della poliuria e del sopore che venne da taluno attribuito a lesione ipofisaria, riferisce che nei suoi casi mancò sempre, salvo che in uno, ogni reazione morbosa della temperatura, della pressione, della tolleranza agli idrati di carbonio dopo l'iniezione di pituitrina.

Attira l'attenzione sul fatto che nei malati venuti a morte la paralisi bulbare del vago fu preceduta ed accompagnata nei primi stadî suoi da una esagerazione enorme del riflesso di Axner Dagnini, onde colla compressione dei bulbi oculari il numero delle pulsazioni diminuiva della metà ed anche dei due terzi (da 120 a 40, da 180 a 60). Questo fatto acquista così pessimo significato prognostico. Il fenomeno diminuiva e scompariva del tutto negli ultimi stadî.

ZUCCOLA studiò 10 casi fra i 15 e i 64 anni nei quali la sintomatologia era diversa da quella nota: inizio spesso con diplopia, ed eccitamento psichico, sonnolenza più tardiva a presentarsi. In 5 paresi della palpebra superiore, in 6 del facciale inferiore. Del rimanente tremore con esaltamento nei movimenti, mioclonie più o meno estese. Pupille ora midriatiche, ora miosiche, fondo dell'occhio sempre normale. Riflessi ora diminuiti, ora normali, ora anche aumentati. Sensibilità generale diminuita. Con la puntura lombare nel grande numero dei casi si ottenne un liquido normale, in qualche caso leggermente emorragico. Nel sedimento linfociti scarsi. Reaz. di Wassermann negativa. Nonne negativa. Nei 6 casi venuti a morte questa intervenne in tre per polmonite, in due dopo un coma protratto, in uno improvvisamente.

SISTO ha studiato una ventina di casi di encefalite letargica, e mette in evidenza come attorno al nucleo fondamentale della sintomatologia, dato dalla caratteristica alterazione psichica per cui i malati sembrano assopiti e colpiti da alterazioni della motilità, vi sieno delle differenze notevoli da caso a caso, che danno alla malattia fisionomie diverse.

La sonnolenza non mancò in nessuno dei suoi casi, per quanto assai varia di grado e durata; vennero in seguito per frequenza le paralisi nel campo dei nervi motorî dell'occhio e dei mu-

scoli mimici, con diplopia, ptosi, midriasi in qualche caso, paralisi, più spesso paresi del facciale inferiore. Frequentissimi furono pure i fenomeni di irritazione motoria, ora limitati a piccole scosse e sussulti, ora, per quanto assai di rado, sotto forma di uno stato coreico vero e proprio.

I riflessi erano sempre più o meno indeboliti, la sensibilità dolorifica attutita.

Il liquido cefalo-rachideo limpido di aspetto acquoso, fuoriusciva in ogni caso sotto una pressione non aumentata; Nonne negativo; Wassermann negativa; p. sp. = 1006-1008; Δ = 0.55-0.59. Linfotici da 2 a 4 per mmc. Le ricerche batteriologiche in un solo caso permisero di isolare dal sangue un diplococco resistente al Gram.

L'O. tratta poi del decorso assai vario della malattia, del modo di insorgere dei vari sintomi, dividendo i casi in acuti e subacuti; infine ricorda ancora le forme atipiche per la violenza e l'estensione e anche la localizzazione delle manifestazioni, per l'assenza di qualsiasi segno di alterata mobilità, tutta la malattia essendo ridotta al sonno.

CECONI rileva l'importanza delle comunicazioni fatte, la prima di fina analisi, le altre di esaurienti sintesi. Il grande numero di casi studiati dall'O. e nella Clinica e negli Ospedali militari e nella pratica privata, gli suggerisce alcune considerazioni diagnostiche. Un errore di diagnosi non infrequente è dato dalla bronco-polmonite, più specialmente da quei casi che decorrono in forma atipica senza dolore, senza tosse, senza escreato, nei quali anche la lesione anatomica è tale che si rende soltanto tardivamente palese, nel mentre la depressione del sensorio è così profonda da far pensare alla sonnolenza letargica. I dati differenziali tuttavia sono di facile rilievo. Con la meningite l'errore può essere possibile soltanto in casi rarissimi, quando c'è rigidità della nuca, Kernig, sintomi che l'O. non ha mai rilevato. L'esame del liquido cefalo-rachideo non depone mai per la meningite. L' isterismo può simulare la sonnolenza encefalitica alla precisione, come è dimostrato da due casi oltremodo istruttivi che l'oratore ricorda.

I casi atipici dell'encefalite letargica non sono tanto rari. L'O. ricorda in proposito casi intensamente coreici e casi con tremore a tipo parkinsoniano e altri in cui s'impone la diagnosi differenziale col tumore intracranico e con la polineurite che son tuttora in osservazione nella sua Clinica. Anche questi son spesso causa d'imbarazzo per la diagnosi. Anche i casi incompleti in cui domina la sola sonnolenza oppure le sole paralisi possono riuscire di diagnosi non sempre facile.

Nei riguardi della sintomatologia l'O. ha notato talune particolarità degne di nota. S'inizia spesso con lieve vertigine, incertezza del cammino, diplopia transitoria, nistagmo, sindrome che allude ad una lesione del nucleo di Deiters, in altri casi v'è miosi con rigidità della pupilla e restringimento della rima palpebrale che simula una leggera ptosi (oftalmoplegia simpatica di Breuer), in altri ancora una oftalmoplegia interna con intensa midriasi. La paresi del facciale inferiore è presente nel grande numero dei casi; in due di osservazione dell'O. essa si è tardivamente estesa anche al segmento superiore, mentre la rimanente sintomatologia, la sonnolenza compresa, migliorava; reazioni elettriche normali. Disartria per inceppo dei movimenti della lingua, afonoa per paresi del laringe, leggeri e transitori disturbi di afasia (parafasia), sudori profusi massime del volto, poliuria intensa rappresentano i sintomi più rari osservati dall'O.

GAMNA riferisce i reperti anatomici avuti dall'autopsia in alcuni casi di encefalite letargica: iperemia delle meningi e della sostanza cerebrale, più intensa lungo la cavità cefalo-rachidea, specialmente al terzo e al quarto ventricolo; talora piccole emorragie perivasali. Le ricerche istologiche, per quanto ancora incomplete, dimostrano che si tratta di un proceso infiammatorio perivasale; in un caso esisteva un focolaio di rammollimento del ponte. Del resto i reperti sono quelli di un'infiltrazione parvicellulare e plasmacellulare a manicotto lungo i vasi.

GAVELLO ha esaminato in otto casi l'apparecchio uditivo e per quanto l'esame in questi pazienti sia assai difficile, tuttavia egli non avrebbe riscontrato delle lesioni dell'apparato di trasmissione dei suoni, ma fatti che dimostrerebbero delle lesioni dell'apparato centrale. Tutti questi malati avevano avuto dei ronzii che si associavano o precedevano le vertigini, e di varia tonalità, da probabile irritazione fugace dell'apparato di percezione: furono generalmente iniziali, per cui sarebbe interessante poterli sorprendere al loro primo apparire, quando la diagnosi è ancora difficile.

PIETRO SISTO.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

La manovra della gamba.

I. A. Barré (*La Presse Medicale,* 24 dicembre 1920) descrive un nuovo segno obiettivo per mettere in evidenza le paralisi e le paresi dovute a lesioni del fascio piramidale. Nella ricerca di questo segno il paziente deve essere prima posto bocconi sopra il letto; quindi gli si sollevano le gambe ad angolo retto sulle coscie e gli si ordina di tenerle in questa posizione. Nell'uomo normale tale posizione è mantenuta a lungo senza sforzo; quando invece vi ha paralisi o paresi per lesione del fascio piramidale, si vede la gamba dell'arto leso abbassarsi, e secondo l'intensità della paralisi cadere pesantemente o a poco a poco. Spesso la gamba caduta si rialza sotto uno sforzo di volontà per ricadere poi definitivamente dopo aver ripetuto più volte lo sforzo. Talvolta la gamba tende prima a cadere, poi si arresta a lungo formando un angolo ottuso con la coscia. Quando la gamba tarda a cadere o la sua caduta è incompleta, se si ordina al malato di flettere quanto più può le gambe sulle coscie, si vedrà che la flessione dell'arto sano è più completa. Se allora si pongono nuovamente le gambe in posizione verticale, si vedrà di solito cadere quella malata, malgrado gli sforzi di contrazione dei muscoli della regione posteriore della coscia. Inoltre se, mentre il paziente tiene fortemente flesse le gambe sulle coscie, si cerca di estendergliele, si avvertirà subito resistenza dal lato sano, mentre da quello malato la resistenza comincierà a manifestarsi dopo una certa apertura d'angolo (ritardo nella resistenza all'estensione).

Se finalmente, quando il malato tiene le gambe flesse al massimo sulle coscie, si mantiene prima passivamente e fortemente questa posizione e poi si sospende bruscamente la spinta, mentre si comanda al paziente d'impedire la estensione, si vede la gamba del lato sano estendersi un po' ed arrestarsi, mentre quella paretica si estende più di quella sana o tocca rapidamente il piano del letto.

La manovra della gamba è utile ricercarla a principio in alcuni casi di emiplegia recente e molto accentuata e non bisogna dimenticare che il dolore può impedire di tener verticale la gamba. Inoltre deve essere conservata la mobilità passiva, i piedi devono restare separati e bisogna assicurarsi che il paziente faccia realmente degli sforzi per tenere verticale la gamba.

Questa manovra può fare scoprire casi di simulazione, poichè lo sforzo che fa il malato per impedire la caduta della gamba malata, fa contrarre fortemente i muscoli della regione posteriore della coscia, mentre, se l'individuo fa cadere volontariamente la gamba, non fa alcuno sforzo e quindi non si osserva alcuna contrazione dei muscoli della coscia.

Dopo numerosissime osservazioni l'A. è pervenuto alla conclusione che: 1° La manovra della gamba è positiva nei casi di paralisi o di paresi organica da lesione del fascio motore volontario (emiplegia, emiparesi, paraplegia, ecc.); 2° E' negativa nei casi di paralisi funzionale; 3° E' negativa nelle paralisi per lesione del neurone periferico.

Nei tabici e nei cerebellari senza lesioni aggiunte del neurone motore centrale non si osserva la manovra della gamba. Nei cerebellari la manovra è corretta; nei tabici si osservano è vero movimenti in dentro o in fuori, caduta o flessione brusca delle gambe, ma ciò sta in rapporto non con fatti paretici, sebbene coi disturbi della sensibilità profonda.

Nella maggior parte dei casi di lesione piramidale la manovra della gamba coesiste con altri segni più o meno numerosi, ma essa è specialmente utile in casi di emiplegie e paraplegie leggiere, essendo un segno sensibile e sicuro.

Spesso essa svela paresi o paralisi organiche, quando mancano il fenomeno degli alluci e l'aumento o l'esagerazione dei riflessi.

Più frequentemente essa si accompagna col segno della flessione combinata della coscia e del tronco.

CESETTI.

CASISTICA.

Colica epatica idatidea.

La colica epatica idatidea (F. Devé, *La Tribune Medicale,* anno 1919, n. 2) sebbene più rara di quella calcolosa, non è meno importante a conoscere, e non di rado si manifesta con una sintomatologia uguale, sì da confondervela fino al giorno in cui un esame di feci fa riscontrare la presenza di idatidi.

Analizzata nei suoi due principali elementi, *dolore* e *ittero,* la fisiopatologia della colica idatidea presenta le seguenti particolarità: 1° Essa è una colica puramente coledoco-epatica, poichè la vescicola biliare interviene solo raramente nel processo patogenetico, il quale si localizza invece nella via biliare principale; 2° Raramente si hanno fatti infiammatori della cistifellea e delle vie biliari; 3° L'importanza patogenetica primi-

tiva della colica è dovuta all'ostruzione della via biliare principale, importanza messa in evidenza dalle scariche d'idatidi dopo ogni accesso doloroso e da alcune osservazioni chirurgiche, nelle quali ogni crisi è seguita dall'uscita d'idatidi attraverso il drenaggio coledoco-epatico. L'ostruzione è fatta però non da un corpo duro, capace d'irritare la mucosa della via biliare, ma da un corpo molle, privo di ogni azione traumatizzante. Il dolore è dato dalla brusca ritenzione di bile che ne risulta per l'ostruzione del coledoco. Infatti il fegato si ingrandisce rapidamente al momento della crisi, mentre le feci si scolorano, e rapidamente decresce dopo la crisi, mentre si osserva una vera diarrea biliosa mista o non a idatidi.

CESETTI.

Paratifo B e colecistite.

Il bacillo del paratifo B può talvolta annidarsi nella cistifellea, provocandone l'infiammazione, senza che gli ammalati presentino nè abbiano mai presentato alcun segno di un'infezione intestinale da paratifo. La localizzazione dei germi nella cistifellea è facilitata dalla presenza di calcoli. Questi ammalati sono probabilmente dei portatori cronici del bacillo del paratifo B. La persistenza dei bacilli nell'intestino e poi nella cistifellea di tali ammalati, è forse resa possibile dall'ipoacidità gastrica che quasi costantemente essi presentano.

In un caso descritto da Hage (*Deutsche Mediz. Wochenschr.*, n. 35, 1919) la malattia si iniziò sotto forma di una lieve colecistite. La sindrome clinica consisteva in accessi febbrili, separati tra loro da intervalli di 3-4 giorni, dolori alla regione epatica durante la febbre, vomito frequente, ittero intenso, acolia delle feci e pigmentazione delle urine. Il succo gastrico non conteneva acido cloridrico libero. La reazione di Wassermann risultò negativa. Il siero del malato agglutinava i bacilli del paratifo B ad un titolo di 1:320: non agglutinava i bacilli del paratifo A nè quelli del tifo. Si potè isolare il bacillo specifico dalle feci; non fu possibile isolarlo dal sangue nè dall'urina. Le manifestazioni morbose durarono un mese e mezzo. Sei mesi dopo la guarigione si poteva ancora isolare il bacillo paratifico dalle feci.

E' bene eseguire la sierodiagnosi per il paratifo anche nei casi di colecistite apparentemente primaria; la diagnosi esatta è importante per impedire il diffondersi dell'infezione.

POLLITZER.

TERAPIA.

Contro l'abuso dei lavaggi cavitarî così detti antisettici.

È diffuso fra medici e malati il pregiudizio dell'utilità dei lavaggi nelle infezioni di cavità mucose. Non esiste malato, affetto da infezione cavitaria (orecchio, naso, bocca, faringe, vescica, uretra, utero) che non abbia praticato una serie più o meno lunga di lavaggi, in forma di doccie nasali, di gargarismi, colluttori, lavande vescicali, ecc. tutte pratiche irrazionali, inutili, spesso dannose.

Tali lavaggi sono anzitutto inutili, ciò che risulta chiaro , riflettendo che, ben di rado il liquido introdotto, raggiunge la sede o la totalità della supercie affetta; è noto di fatto che i gargarismi non raggiungono le tonsille, come, nemmeno i lavaggi vaginali nelle comuni condizioni, arrivano al canale cervicale ed al muso di tinca. Ma anche ammesso di potervi arrivare gli effetti che si potranno ottenere saranno quelli dovuti alla temperatura del liquido di lavatura ed all'azione tepida del medicamento, non mai quelli detersivi od antisettici (D. Taddei. *Riforma medica*, 20 settembre 1919).

Lo scopo detersivo è di importanza assai scarsa, poichè l'eliminazione momentanea degli essudati e dei secreti, non può avere durevole efficacia sul processo infettivo. D'altra parte, tenuto conto dell'adesività del muco, del pus, ecc. della loro viscosità ed insolubilità è assai dubbio che si possa, anche momentaneamente, eliminare gli essudati ed i secreti. Anche quando si adoperi una certa violenza di propulsione o si prolunghi assai il lavaggio, ciò che costituisce sempre un trauma per le mucose, rimangono cripte ed anfrattuosità donde la corrente nulla rimuove. Se poi la cavità non viene bene distesa dal liquido, la corrente è debole, e diretta in un solo senso, l'inanità di tali procedimenti appare evidente.

Ancor minore è l'azione antisettica, che da molti. ancora imbevuti da vecchi pregiudizi, si va tuttora ricercando. L'antisettico può uccidere il microorganismo *in vitro*, ma la cosa è ben diversa, quando lo stesso germe è annidato nelle mucose incluso nelle cellule epiteliali, nelle cripte, nel connettivo sottomucoso, dove il liquido certamente non lo raggiunge. Peggio poi se si usano antisettici forti, che, formando albuminati od altri composti insolubili, costituiscono una barriera che protegge i germi sottostanti. Molte delle soluzioni usate nelle lavature cavitarie, (acido borico, ossicianuro di mercurio, lisoformio) non sono capaci di uccidere molti germi resistenti. L'inutilità di certe lavatu-

re è evidente nella cistite, che solo eccezionalmente è primitiva, ma più spesso secondaria ad affezioni del rene, dell'uretere, ecc., quindi, anche se l'azione delle lavature fosse efficace, rimarebbero le condizioni della cistite e l'effetto della lavatura sarebbe inutilizzato.

I risultati degli studi sperimentali e dell'esperienza clinica sono quindi concordi nel dimostrare l'inutilità del metodo antisettico.

Le lavature cavitarie poi, oltre ad essere irrazionali ed inutili, sono anche dannose, sia per le manovre di introduzione, degli strumenti, sia perchè i liquidi sono irritanti ed iperemizzanti ed alterano gli epiteli. Nè sono da trascurarsi i possibili pericoli di assorbimento, e le difficoltà di praticare una lavatura in modo rigorosamente asettico.

Analoghe osservazioni possono farsi per le insufflazioni, nebulizzazioni, pennellature, ecc., mentre le stesse conclusioni riguardo all'inutilità alla irrazionalità, ai pericoli potrebbe applicarsi agli antisettici per uso interno, tuttora in gran voga.

fil.

La posizione a testa in basso nel trattamento della vaginite.

R. Hogner (*Americ. medicine*, sett. 1919) usa da molti anni con successo la posizione a testa in basso nella cura della vaginite delle bambine.

Un aiuto abbastanza vigoroso prende i piedi della bambina e la rivolta con la testa in basso; frattanto un altro ne afferra le braccia per tenere bene in posizione la bambina. Allora si riempie la vagina con soluzione di argyrol o meglio con glicerina al tannino od altro preparato alla glicerina. La soluzione raggiunge il fondo ed i cul di sacco vaginali, e se si usano i preparati alla glicerina, vi si mantiene a lungo.

La manovra viene ripetuta giornalmente fino alla guarigione, che avviene rapidamente. Non è consigliabile il trattamento a domicilio, perchè spesso considerato troppo crudele.

L'A. ha applicato il metodo, con ottimi risultati, nel trattamento della vaginite gonococcica delle adulte. L'ammalata, con le gambe sul letto o sopra una tavola, si lascia andare con la testa in basso, ed il corpo per aria, i gomiti e le avambraccia sul pavimento. In tal modo la vagina si apre spontaneamente, e viene riempita con l'antisettico scelto (permanganato di potassio), lasciandovegliela fino a che la paziente può resistere. In generale tale posizione viene tollerata abbastanza bene; il trattamento è più sicuro e certamente meno doloroso che la pulizia della vagina per mezzo di batuffoli.

l. b.

Disinfezione del rino-faringe nei portatori di bacilli difterici.

Si può fare uso di pastiglie al siero antidifterico, secondo la formola consigliata dall'Istituto Pasteur.

Siero antidifterico porfirizzato g. 10
Novarsenobenzol g. 0.90
Benzoino polv. g. 1
Carbonato di bismuto g. 100

Oppure usare il liquido di **Vincent**

Iodio g. 12
Ioduro di potassio g. 6
Guaiacol g. 2
Timolo g. 0.25
Alcool a 60° g. 200.

Si versa il liquido in un vaso, immerso in acqua calda, che eventualmente si rinnova per favorire l'evaporazione.

Il paziente sta colla testa chinata sul recipiente e con gli occhi chiusi per evitare l'irritazione ed aspira i vapori alternativamente per ogni narice, tenendo chiusa l'altra. Ogni seduta dura 2-3 minuti.

fil.

VARIA.

I topi e le malattie infettive. — I topi, oltre che per i danni all'economia domestica, sono pericolosi per le malattie infettive, che possono propagare.

Spesso si trovano nel loro sangue, tripanosomi, non però patogeni per l'uomo. Talvolta essi sono infestati da trichina, che, per mezzo dei cani e dei porci, può venir trasmessa all'uomo. Non raramente i topi albergano il *Bac. enteritidis*, che provoca l'avvelenamento da carne; molto sensibili sono poi i topi all'azione del bacillo pestoso, che oltre ad essere trasportato da essi, può determinare una epizoozia fra i topi medesimi.

Nel Giappone i topi possono trasmettere il sodoku (*ratbite fever*) provocata da una spirochete.

Alle volte ospitano dei germi simil-lebbrosi.

P. Uhlenluth e M. Zuelzer (*Med. Klinik* 21 dicembre 1919) hanno trovato che il topo può altresì costituire un pericolo per la propagazione del morbo di Weil; esso può infettarsi con la *Spirocheta icterogenes* e trasmetterla a cani ed a maiali ed all'uomo, per mezzo delle deiezioni.

Tutti questi fatti ed osservazioni ci consigliano di lottare con tutti i mezzi per la distruzione di tali pericolosi veicoli di malattie infettive.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1100) *L'angina di Vincent.* — Al dott. G. De Gregorio, Sorrento:

L'angina di Vincent è *un'angina ulcero membranosa* caratterizzata dalla presenza nell'essudato di due germi, descritti la prima volta dal Vincent, *un bacillo fusiforme* rigonfio cioè al centro, affilato alle estremità, provvisto di vacuoli e di granulazioni, ed *uno spirillo* sottile ondulato. Per tale reperto essa è chiamata pure *angina fuso-spirillare.*

Clinicamente si presenta come una tonsillite prima *membranosa* (membrana d'aspetto cretaceo, di consistenza molle, circondata da un alone rosso infiammatorio) poi *ulcerativa* (ulcera dell'amigdala, crateriforme, ovalare, con margini tagliati a sbieco, una cavità piena di essudato putrido, di odore fetido).

In un terzo periodo o, come di regola avviene, *l'ulcera si deterse* con granulazioni del fondo, che riempiono e cicatrizzano così la perdita di sostanza, oppure si può giungere *alla distruzione della tonsilla,* e a *fatti gangrenosi,* specie se associazioni bacteriche (bac. di Löffler) complicano il processo morboso.

V'è precoce risentimento dei glangli linfatici; la malattia di solito è unilaterale.

Salivazione e fetore dell'alito sono i sintomi che più disturbano il malato, specie se una stomatite ulcero-membranosa della stessa origine si associa all'angina. Fenomeni generali si accompagnano quasi sempre: febbre, astenia, albuminuria.

Il quadro morboso non è sufficiente per distinguere questa dalle altre angine e stomatiti ulcero-membranose: *è necessario sempre l'esame bacteriologico.* Il reperto miscroscopico è stato confermato in questi ultimi tempi; le voci contradittorie (Letulle) sorte in passato, hanno perduto ogni valore.

La terapia arsenobenzolica ha rapidamente ragione dell'angina di Vincent; preferibile è associare al trattamento locale (pennellazioni con novoarsenobenzolo 0.90 in 30 cmc. di glicerina, che si è dimostrato il più vantaggioso, la terapia generale: l'iniezione ogni sette giorni per via endovenosa da 0.30 a 0.90 cgr.

t. p.

(1101) *Lo jodio per via endovenosa.* — Al dott. C. J. da C.:

Non ci risulta che i comuni preparati jodici siano stati usati in terapia per via endovenosa.

I tentativi fatti col jodoformio non hanno trovato seguito.

Preparati jodici colloidali sono stati adoperati per via endovenosa, ma finora l'esperienza è tutt'altro che larga.

Tra di essi ricordo il *joglysol,* usato da Ballon, e il *jodio colloidale* che Mc. Donagh (*The Lancet,* 1917, 16 giugno) impiega prima di somministrare l'intramina, nella cura della sifilide.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

F. A BAINBRIDGE. — *The physiology of muscular exercise.* — Un volume in-8 picc., di pag. 215, con 22 diagrammi, rilegato. Londra; Longman, Green e Co., 1919. Prezzo s. 10/6.

In una interessantissima collezione di monografie diretta dallo Starling, vengono affrontati i problemi più importanti, più complessi e in via di più rapida evoluzione della fisiologia.

Ne fa parte il presente volume, la cui portata varca di molto i confini strettamente scientifici della fisiologia.

Difatti l'esercizio muscolare ben diretto costituisce una delle fonti precipue di benessere e di salute, e quindi di attività sana e fattiva: come afferma il James, l'educazione fisica è stata la ragione prima dell'alto valore sociale del popolo inglese e della grandezza dell'Impero britannico.

D'altra parte, l'esercizio muscolare è la causa della fatica industriale, che regola l'efficienza dei lavoratori e la loro produttività, la quale è fonte di benessere economico.

Infine l'esercizio muscolare costituisce una importante risorsa terapeutica, che oggi viene sempre più largamente applicata ed apprezzata in clinica.

Per tutte queste ragioni è della massima importanza precisare le azioni dell'esercizio muscolare sull'organismo, stabilire le modalità e gli adattamenti di cui è suscettibile, regolarne il dosaggio.

E' quanto vien fatto magistralmente dall'A. in questo volume, che in una serie di capitoli studia le origini dell'energia muscolare, gli effetti dell'esercizio fisico sulla temperatura, sulla respirazione, sul cuore, sulla pressione arteriosa, sulla composizione del sangue, sulla sanguificazione, sull'ossigenazione e sul metabolismo dei tessuti, la coordinazione dei movimenti e l'influenza del sistema nervoso, la fatica, lo strapazzo, la sindrome da sforzo, l'allenamento, gli effetti secondari benefici e malefici, l'influenza dell'altitudine e dei climi.

Il bel lavoro del Bainbridge interessa non soltanto lo studioso di laboratorio, ma anche il medico, il sociologo, lo statista. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'agitazione dei medici pensionati.

Dalla Federazione Generale dei Pensionati Italiani, e colla firma di molti sanitari in pensione, è stata diramata la seguente circolare:

E' doloroso constatare che gli appartenenti alla classe dei sanitari, per la loro ignavia, per la loro apatia e per la loro disorganizzazione non sono stati mai tenuti in alcuna considerazione e sono stati invece fatti segno ad ogni specie di umiliazione durante l'attività di servizio, ed anche, e più crudelmente dopo.

Oggi poi, noi pensionati dell'Ordine Sanitario, siamo stati bersaglio della più iniqua ingiustizia da parte del Governo, il quale ha negato *esclusivamente* a noi il piccolo sollievo della indennità caro viveri, concesso, con due appositi decreti, a tutte le altre classi di pensionati, compresa ultimamente quella dei maestri comunali, messi in quiescenza prima del 1913, i quali si trovavano e si trovano nelle identiche nostre condizioni.

E' tempo perciò di muoverci e di agitarci in tutti i modi, per ottenere quanto gli altri pensionati hanno già conseguito e quanto altro essi si promettono di conseguire, con incessante agitazione e con l'adire pure — ove ne sia il caso — il competente Magistrato, e ciò non solo per il conseguimento del caro-viveri, ma anche al fine di essere parificati nella misura della pensione, ai pensionati di oggi, il cui diverso trattamento ci offende e ci nuoce.

All'uopo la preghiamo a voler mandare *immediatamente* la sua adesione al nostro benemerito difensore cav. uff. Enrico Minneci, presidente della Federazione Generale dei Pensionati Italiani, qui in Roma, vicolo delle Fiamme n. 18-A, perchè egli possa iscriverla come socio della Federazione.

Il contributo sociale da inviarsi con cartolina vaglia allo stesso indirizzo è il seguente: Per le pensioni fino a L. 1000 annue L. 0,50 per il bimestre novembre-dicembre 1919 e L. 0,50 per i bimestri susseguenti nell'anno in corso. Per le pensioni da L. 1000 a L. 3000, L. 1 per bimestre. Per le pensioni da L. 3000 in su L. 2, per bimestre. Vi è poi per chi lo voglia l'abbonamento al giornale quindicinale di classe: *Il pensionato*, organo della Federazione, il di cui costo è di L. 6 all'anno, con abbonamenti anche semestrali e trimestrali.

Oltre la tenuissima spesa di associazione, occorre inviare per una sola volta L. 1,50 come concorso alle spese di stampa, di propaganda ed altro, sino al conseguimento delle nostre aspirazioni.

La preghiamo pure di voler fare propaganda presso i colleghi viciniori, sollecitando dall'on. Consiglio dell'Ordine dei Sanitari della sua provincia e della Federazione dei Medici Condotti vibrate deliberazioni di protesta, che rispondano alle nostre rivendicazioni morali e materiali da inviarsi al Ministero dell'Interno, alla Presidenza della Federazione ed alla Stampa; e per ottenere ciò, carissimo collega, la esortiamo a non badare a qualche disagio ed a qualche piccola spesa di viaggio, facendo esulare da lei il principio antisolidale: se otterranno gli altri, otterrò pure io, ed appigliandosi invece al noto adagio « vis unita fortior ».

Le stesse esortazioni rivolgiamo alle disgraziate signore vedove.

Il gruppo dei Sanitari di Roma e di quelli della Provincia si è riunito sotto la Presidenza del cav. Minneci, e già si sono presi accordi per l'inizio della lotta. In nome della solidarietà di classe confidiamo nella pronta adesione dei colleghi.

Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza igienica.

Il 3° Congresso nazionale è convocato a Trieste nei giorni 14-15-16 maggio 1920.

I temi ed i relatori sono così stabiliti:

Denuncia obbligatoria della tubercolosi: dott. U. Mariotti (Roma);

L'isolamento dei tubercolosi: prof. G. B. Roatta (Firenze) - prof. N. Sforza (Roma);

La malaria - Stato attuale della profilassi: prof. A. Dionisi (Palermo);

Pellagra: prof. P. Rondoni (Firenze) - dott. A. Sturli (Trieste);

Protezione dell'infanzia: prof. M. Ragazzi (Genova) - prof. L. M. Spolverini (Roma);

Profilassi delle malattie veneree e sifilitiche: prof. U. Mantegazza (Pavia) - prof. G. Pecori (Roma);

La nostra legislazione sulla vigilanza annonaria: prof. F. Abba (Torino) - prof. D. Gualducci (Bologna) - prof. V. Vetere (Napoli).

Riforma dei Servizi di vigilanza igienico-sanitaria locale.

Il Comitato ordinatore è così composto: Presidente onorario: prof. A. Lustig, senatore del Regno; Presidente: prof. A. Sclavo; Vice presidente: dott. V. Rainaldi; Segretario generale: dott. G. Palomba; Membri: dott. A. Grassi -

dott. U. Mariotti - dott. E. Cingolani - prof. G. Texeira - dott. A. Gadola - dott. G. Bolli - prof. P. Petrini.

Sede: presso il Segretariato generale dott. G. Palomba, Roma 25, Via Vittorio Veneto 96.

Del Comitato locale fanno parte il Presidente: dott. A. Jellersitz ed i Segretari: dott. E. Levi - dott. L. Urizio.

Il Comitato locale è in via di costituzione. La sede provvisoria è presso il Presidente dott. A. Jellersitz, Trieste, Via G. Rossini 24.

La tassa d'iscrizione è fissata in L. 20 (L. 5 in più per ciascuna persona di famiglia).

Gli iscritti riceveranno gratuitamente copia delle relazioni ed atti del Congresso, ed usufruiranno delle speciali facilitazioni che verranno escogitare a favore dei congressisti.

Per schiarimenti ed informazioni dirigersi al Segretario generale dott. Palomba, Roma 25, Via Vittorio Veneto 96, telef. interprov. 27-69, al quale dovranno essere rimesse, a mezzo di cartolina vaglia, le quote d'iscrizione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8185) *Vigilanza igienica. Obblighi dell'ufficiale giudiziario.* — Dott. G. A. da V. — Quando l'ufficiale sanitario ha fondato sospetto di alterazione, fraudolenta o meno, di sostanze alimentari deve prelevarne il campione e mandarlo per le debite analisi all'ufficio provinciale all'uopo competente. Occorre tener presente il Regolamento per la vigilanza igienica sugli alimenti, sulle bevande e sugli oggetti di uso domestico del 3 agosto 1890.

(8187) *Esenzione da pagamento delle tasse.* — Dott. F. R. da V. Noi crediamo che l'esenzione dal pagamento delle tasse pel 1920 non comprenda quella stabilita per la inscrizione all'Ordine dei medici della provincia, perchè essa avrebbe già dovuta essere fatta fin da quando fu istituito l'ordine dei sanitari. Di esenzione potrebbe, tutto al più, parlarsi per qualche sanitario che nel corrente anno iniziasse il proprio esercizio professionale.

(8188) *Tassa di ricchezza mobile sulla indennità di cavalcatura.* — Dott. V. B. da B. Sempre che nel capitolato fosse detto che l'indennità di cavalcatura è esente dalla imposta di R. M. questa non sarebbe pagata dal sanitario ma dal Comune. In tal caso la relativa deliberazione dovrebbe essere approvata dalla G. P. A. Se nel capitolato nulla è detto, la tassa suddetta devè essere pagata dal sanitario, come su qualsiasi emolumento che si riceva *à forfait* per la esecuzione di determinato servizio.

(8189) *Medici assimilati e della R. Marina.* — Dott. R. P. da N. Medici assimilati nei corpi da Lei indicati non se ne nominano più. Per entrare come medico di marina o delle R. guardie occorre attendere che si bandisca il concorso.

(8190) *Medico interino.* — Dott. E. C. da V. Il medico condotto dimissionario che rimane sul posto per disimpegnare le medesime funzioni come interino ed è pagato a giornata, deve sul compenso che riceve corrispondere la tassa di R. M. L'interino non deve pagare il contributo monte pensione, ma se lo paga, il relativo periodo di tempo è calcolato per raggiungere più presto il diritto alla pensione stessa. L'interino ha diritto al caro-viveri sempre che presti servizio in una condotta priva di titolare. Il Comune non ha obbligo di pagare al medico il mese di congedo non usufruito.

(8191) *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. G. da C. in base al D. L. del 9 marzo 1919, n. 338 a Lei compete la indennità caro-viveri.

Dica se intenda avere a parte parere illustrativo mediante speciale onorario.

(8192) *Indennità caro-viveri.* — Dott F. L. da R. A Lei compete la indennità caro-viveri come a qualsiasi altro impiegato non essendo giustificata la ragione addotta per rifiutarla.

(8193) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. M. da M. Come indennità caro-viveri a Lei compete dal 1° agosto al 31 dicembre 1917 la somma di lire 150, dal 1° gennaio al 31 dicembre 1918 quella di lire 180 e dal 1° gennaio al 31 dicembre 1919 quella di lire 1200 se ammogliato.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

COSENZA. *Ospedale Civile.* — Concorso per titoli e prova pratica a tre posti di assistente medico chirurgo. Scadenza 15 aprile. Durata un biennio. Chiarimenti dall'Amministrazione.

CREMONA. *Amministrazione provinciale.* — Direttore del Manicomio. Scad. ore 16 del 15 aprile. Titoli scientifici pratici. Età massima 45 anni. Certificati posteriori al 15 marzo. Assunzione dell'ufficio entro 15 giorni dalla partecip. della nomina. L. 5800 lorde, oltre L. 1080; tre quinquenni del decimo; L. 3000 d'indennità provvisoria; alloggio. È interdetto l'esercizio di qualunque professione od ufficio pubblico.

MUSILE DI PIAVE (*Venezia*). — Condotta; lire 9000, oltre 3500 per indennità cavalcatura, lire 700 quale ufficiale sanitario ed indennità caro viveri stabilita vigenti disposizioni. Ab. 5500; Ettari 5000; distanza massima dal Centro Km. 13. Scadenza 10 aprile.

PICERNO (*Basilicata*). — Condotta; lire 3600, aumentabili per cinque quinquenni di lire 400. Popolazione 4000 abitanti. Poveri 400. Scade 30 aprile.

S. EGIDIO ALLA VIBRATA (*Teramo*). — A tutto il 5 aprile, condotta poveri; L. 3500 lorde e due ses-

senni del decimo; L. 1200 lorde per cavallo e vettura; caro viveri; L. 300 per uff. san.; ab. 3689; pianura. Servizio entro 15 giorni.

TOVIANO (*Lecce*). — Condotta; ab. 5300, con 1500 poveri; L. 5000 lorde, più L. 5 per ogni povero oltre il secondo migliaio, con quattro quinquenni del decimo e salvo eventuali modificazioni; indennità caro-viveri. Scad. ore 18 del 16 aprile. Età massima 39 anni. Assunzione servizio entro 20 giorni.

VENEZIA. *Spedale Civile*. — Aiuti nelle divisioni Mediche I, II e III e nella divisione Pediatrica presso l'Ospedale Umberto I (nella domanda deve indicarsi la divisione cui si aspira); L. 4800 lorde; titoli ed esami; nomina biennale; età massima 39 anni; quattro anni di servizio effettivo lodevole in ospedali, cliniche universitarie o condotte; laurea da sei anni, salvo per gli assistenti effettivi nell'Ospedale civile da tre anni almeno compreso il servizio militare. Il programma degli esami è ostensibile nell'ufficio del medico direttore. Scad. ore 17 del 15 aprile.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Orte (Roma), Guarene (Cuneo), Vezzano Ligure (Genova).

Revoca di diffide: Castagnito (Cuneo), Roviglio e Consorzio (Reggio Em.), Cellio (Novara).

NOTIZIE DIVERSE.

L'inaugurazione dei Congressi di Monaco. — La comunicazione del Comitato Italiano per il Congresso delle Città d'acque.

Il Congresso delle Città d'acque (stazioni termominerali e balneari marine) sarà inaugurato giovedì 15 aprile p. v. Questa notizia merita la più ampia diffusione.

I Congressi di Monaco ideati e promossi da S. A. il Principe, mentre la guerra devastava l'Europa, dovevano rappresentare una delle prime manifestazioni di ricostruzione nell'epoca della pace feconda. L'intrinseco valore scientifico, il grande significato di affermazione patriottica, l'estesa e multiforme rete di interessi industriali e commerciali che con questi Congressi si riconnettono, sono stati ampiamente illustrati anche dalla stampa medica italiana. Non è quindi il caso di insistervi ora, che è il momento dell'azione.

Gli italiani saranno rappresentati da autorità; siano medici, siano industriali, devono intervenire numerosi e ben preparati.

Il Comitato italiano per il Congresso delle Città d'acque, presieduto dall'on. prof. Sanarelli, comunica che gli argomenti messi all'ordine del giorno, sono i seguenti:

1° Le protezioni delle sorgenti;

2° Miglioramenti da introdurre nelle amministrazioni comunali delle stazioni termali;

3° Perfezionamento della specializzazione degli impianti e dei mezzi di cura delle stazioni;

4° Pubblicità collettiva;

5° Istituzione di scuole d'industria termale per formare un personale speciale per gli stabilimenti termali e gli alberghi.

I Congressisti avranno diritto di fare comunicazioni, purchè ne preannuncino il titolo. Sia per far mettere comunicazioni all'ordine del giorno, come pure per le iscrizioni al Congresso ed il rilascio delle relative tessere, da servire anche come passaporto, come pure per ogni altra istruzione, rivolgersi al Segretario generale prof. Giuseppe Sabatini, presso la sede del Comitato italiano per i Congressi delle Città d'acque, in via Palermo 58, Roma.

I programmi ufficiali del Congresso saranno prossimamente annunciati.

Durante i lavori del Congresso, avranno luogo grandi festeggiamenti, ricevimenti, escursioni, ecc.

Sono concessi ribassi ferroviari ai Congressisti (membri effettivi) e alle loro famiglie (membri aggiunti).

Dal Comitato centrale italiano, d'accordo con quello francese, sono state fissate tariffe minime per le pensioni nei vari alberghi, avendo gli albergatori stessi, a scopo di *réclame*, rinunziato ad ogni vantaggio finanziario.

Il Presidente del Comitato italiano del Congresso delle Città d'acque si riserva di fare tutte le ulteriori comunicazioni, che possano riguardare i congressisti e rivolge intanto il più caldo invito ad iscriversi sollecitamente affinchè possa essere preordinato ed assicurato il più degno intervento italiano, in una riunione che riguarda così direttamente molti interessi singoli e collettivi.

Nella stampa medica.

Si è iniziata lo pubblicazione del « Giornale di Clinica Medica », diretto dal prof. Umberto Gabbi, ordinario di clinica medica a Parma, èdito dalla Casa L. Cappelli di Bologna.

Esce in fascicoli mensili di non meno di 40 pagine, con tavole, fotoincisioni e supplementi. Ospita lavori originali, riviste sintetiche, sunti e riviste, reca notizie scientifiche, bibliografiche e informazioni varie.

Auguri sentiti.

Il XIV Congresso francese di medicina.

Indetto dall'Associazione dei medici di lingua francese, si terrà a Bruxelles dal 19 al 22 maggio 1920, sotto l'alto patronato delle LL. MM. il re Alberto e la regina Elisabetta.

Saranno messi in discussione i temi seguenti:

1° Sifilide dell'apparato cardiovascolare, relatori Bayet (Bruxelles), Etienne e Spillmann (Nancy), Vaquez e Laubry (Parigi);

2° I lipoidi in patologia, relatori Chauffard, Guy Laroche e Grigaut (Parigi), Linossier (Vichy), Zunz (Bruxelles);

3° Sul valore terapeutico del pneumotorace artificiale, relatori Burnand (Leysin), Derscheid e Geeraerd (Bruxelles), Dumarest (Hauteville), Küss (Angicourt).

Oltre ai membri dell'Associazione, possono iscriversi al Congresso, in qualità di aderenti, i medici e gli studiosi che intendessero di parteciparvi, pagando una quota di fr. 40, sotto riserva di accettazione da parte dell'Ufficio del Congresso. Essi hanno diritto a presentare due comunicazioni. Possono anche parteciparvi gli studenti di medicina ed i membri delle famiglie dei soci e degli aderenti, pagando una quota di fr. 20.

Le quote, in franchi belgi, vanno indirizzate al tesoriere dott. Godart-Danhieux, rue Montoyer 9-*a*, Bruxelles.

L'Ufficio del Congresso è presieduto dal prof. Henrijean, 11, rue Fabry, Liegi; ne è segretario generale il prof. René Verhoogen, 22, rue Joseph II, Bruxelles.

Scuola di puericoltura presso la Facoltà medica di Parigi.

Nei locali dell'Ospedale Editta Cavell è stata aperta una Scuola di puericoltura alle dipendenze della Facoltà di Medicina.

Essa è dovuta all'iniziativa di benefattori americani, che hanno elargito 1.000.000 di franchi; una somma eguale è stata raccolta in Francia; sono stati devoluti alla scuola anche 600.000 franchi, provenienti dal « Soldo dei bambini d'America »; infine l'Ufficio d'igiene sociale del dipartimento della Senna le ha assicurato una sovvenzione annua di 50.000 franchi.

La scuola sarà diretta dal prof. Pinard; comprenderà tre sezioni (cure pre-natali, prima infanzia, grande infanzia), affidate ispettivamente ai proff. Couvelaire, Marfan e Leon Bernard.

L'inaugurazione ufficiale avrà luogo prossimamente.

Le condizioni sanitarie negli Stati Uniti.

L' « American Pubblic Health Association », nella sua campagna a favore di un Ministero della salute pubblica, ha divulgato i seguenti dati che sono tratti da documenti ufficiali: su 110.000.000 di abitanti, 45.000 sono fisicamente imperfetti, 3.000.000 sono in letto permanentemente, da 2.000.000 a 3.000.000 soffrono di malaria e di anchilostomiasi, 5.000.000 muoiono tutti gli anni, solo 37.000.000 sono in buona salute e di essi appena 19.500.000 in piena efficienza.

(Dal *Medical Record*, 10 genn. 1920).

Scuola preparatoria di medicina a Buenos Aires.

Inaugurata alcuni mesi or sono, è stata ora completata, con un istituto betteriologico diretto da Wolfhügel e con uno di zoologia medica diretto da Bachmann.

L'Università di Lovanio.

Dopo essere stata riparata dai gravi danni prodotti dai tedeschi, è stata riaperta con 3141 studenti inscritti nelle varie facoltà.

Il prof. ADRIANO CERADINI era nato a Roma nel 1875 e quivi aveva compiuto gran parte dei suoi studi medici. Laureatosi a Torino nel 1900, fu prima allievo del Carle e poi del Bozzolo, formandosi così una solida cultura nelle due cliniche chirurgica e medica. Si diede, in seguito, alle ricerche di laboratorio, acquistando particolare perizia nella batteriologia e nella microscopia e chimica clinica.

Vinto il concorso per il posto di assistente nel Laboratorio batteriologico Municipale di Milano, vi rimase per 17 anni, reggendone, negli ultimi anni, la Direzione. Conseguì la libera docenza in Batteriologia nell'Università di Torino. Pubblicò vari lavori, fra i quali ricordiamo specialmente una completa, lucida monografia sulla meningite cerebrospinale epidemica, un lavoro sulle intossicazioni di origine alimentare, e articoli numerosi e conferenze e iconografie svariate di propaganda igienica. Da parecchi anni era presidente della Reale Società d'igiene. Con particolare passione egli si era dato allo studio delle reazioni sierologiche e aveva acquistato specialissima competenza riguardo alla reazione del Wassermann, che egli intendeva fosse eseguita secondo la tecnica primitiva originale (antigene acquoso di fegato eredoluetico) e con ricchezza di controlli, in modo da portarla ad interessantissimi risultati rispetto al problema scientifico della lues e anche per la pratica, nelle molte reazioni che egli eseguiva, specie per vari ambulatori del Comune, per il Brefotrofio, per il Manicomio provinciale, ecc.

Durante la guerra, assunte, oltre alle consuete incombenze, tutte le analisi batteriologiche per gli ospedali contumaciali militari, si prodigò in un gravoso lavoro, che, per quattro anni, si può dire, non ebbe un giorno di tregua, infiacchendo senza dubbio la resistenza della sua robusta costituzione. Nel gennaio di quest'anno avvertì i primi sintomi di una infezione da stafilococco, molto probabilmente acquisita nel suo lavoro di batteriologo; la infezione, dapprima localizzata in focolai, passò, dopo, a grave setticemia, che fatalmente portava a morte, nella verde età di 44 anni, uno dei più probi e capaci e sperimentati igienisti nostri; un uomo che fu profondamente amato e stimato da quanti ebbero la ventura di conoscerlo.

p. r.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 29 marzo 1920 Fasc. 13.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA (diretta dal prof. V. ASCOLI).

La vagotonia e la simpaticolonia

pel dott. PAOLO ALESSANDRINI, aiuto libero docente.

Nel campo delle nevrosi, dopo che il Babinski ebbe isolato il pitiatismo come pura manifestazione psichica, restava ancora avvolta nel buio tutta la patologia del sistema nervoso viscerale; una nuova concezione quindi, che alla luce della scienza sperimentale cercasse di sintetizzare e di raggruppare schematicamente manifestazioni morbose così multiformi nel campo del sistema simpatico, destò il massimo entusiasmo e il più illimitato credito tra gli studiosi. Così la *vagotonia* dell'Eppinger ed Hess, a cui faceva contrasto una *simpaticotonia*, sembrò aver risoluto il problema patogenetico delle nevrosi viscerali.

La dottrina che scaturiva dalle nuove conoscenze nell'anatomia e fisiologia del sistema nervoso simpatico e che a nuovi studi fu stimolo potente, ha presentato il fianco scoperto a numerose critiche e quindi oggi, almeno nella concezione rigida degli autori, non può più essere accettata.

La esatta conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del sistema nervoso simpatico è conquista di questi ultimi anni. Fino a poco tempo fa si distingueva il sistema nervoso in due grandi sistemi: cerebro-spinale o animale e simpatico, o della vita vegetativa. Il primo sovraintendeva alle funzioni dipendenti dalla volontà, il secondo alle funzioni involontarie, quali quelle dei muscoli lisci, del cuore e delle glandole. Si sapeva inoltre che i due sistemi non erano del tutto separati ma in rapporto per mezzo dei rami comunicanti. Abbastanza recente è la nozione esatta della via che seguono le fibre simpatiche nel loro decorso periferico. Mentre le cellule dei muscoli volontari si originano nelle corna anteriori del midollo spinale e arrivano senza interruzione alle stazioni terminali, quelle del sistema vegetativo, nate nei corni laterali, prima di arrivare all'organo, s'interrompono in una altra stazione gangliare situata o nei gangli di primo ordine, o di secondo ordine o di terzo ordine. Sicchè la via nervosa vegetativa è costituita da due neuroni. E ciò vale sia per i neuroni sia afferenti che efferenti.

Per lo studio delle funzioni del simpatico la stimolazione elettrica poco ha potuto giovare,

formando le fibre simpatiche un intricato groviglio. Quello che sopratutto ha contribuito ai progressi nella conoscenza del sistema nervoso vegetativo è rappresentato dalle ricerche sulla elettività di alcuni veleni sul sistema nervoso animale e su singole parti del sistema vegetativo. Il Langley infatti ha potuto per primo dimostrare che la nicotina ha un potere paralizzante elettivo sulle cellule nervose del neurone distale del sistema vegetativo. Dopo l'iniezione endovenosa di nicotina, o meglio, dopo l'applicazione locale di una soluzione di nicotina su di un ganglio, si ha dapprima una lieve eccitazione a cui segue paralisi; se si applica uno stimolo elettrico a monte del ganglio non si ha alcun effetto; se a valle si ha l'effetto abituale. La nicotina rimane invece senza effetto sul sistema nervoso animale. Questo dato ha una grande importanza dal punto di vista anche anatomico, giacchè serve a stabilire se un ganglio rappresenta una stazione d'interruzione di determinate fibre o no.

Inoltre ha permesso di stabilire che alcune fibre attribuite al sistema animale hanno funzioni vegetative. Esse sono rappresentate dal nervo vago, dal nervo pelvico (radici del 1°-3° sacrale, che, senza aver rami comunicanti coi gangli corrispondenti del cordone limitrofo, si mettono in rapporto coi gangli intrinseci della vescica, genitali e retto), da rami dell'oculomotore (che s'interrompono nel ganglio ciliare) e da rami del VII e IX paio. L'insieme di tali fibre nervose è stato chiamato « sistema autonomo ».

Il simpatico propriamente detto parte principalmente dal midollo cervicale, dorsale e lombare e forma il cordone limitrofo (gangli metamerici dei gangli spinali, eccetto i cervicali fusi in tre). Altre stazioni intercalari sono i gangli prevertebrali (cardiaco, polmonare, celiacò, ipogastrico) e infine le stazioni viscerali.

Gli studi farmaco-dinamici hanno dimostrato un antagonismo nell'azione delle varie sostanze nei due sistemi autonomo e simpatico. L'adrenalina ha una azione stimolante elettiva sul sistema simpatico. La muscarina, la pilocarpina e la fistostigmina hanno un'azione stimolante sul sistema autonomo o vagale. Quindi si parla di sostanze simpaticotrope o vagotrope. L'atropina invece paralizza le terminazioni del sistema autonomo e neutralizza l'azione degli stimoli sul sistema autonomo.

Mentre però l'adrenalina ha un'azione uniforme su tutto il sistema simpatico, le altre sostanze hanno un'azione prevalente elettiva (per es. l'atropina non ha azione sul nervo pelvico, mentre ha un'azione intensa sui rami cranici; la pilocarpina ha un'azione prevalente sulle fibre secretorie, mentre l'azione sul cuore è quasi nulla). Un'azione spiccatissima sul vago del cuore l'ha la muscarina, mentre l'ha poco nelle altre funzioni.

Inoltre bisogna considerare che alcune sostanze vago-eccitatrici esplicano la loro azione specialmente sui centri corrispondenti (picrotossiza) altre sugli apparecchi terminali.

Dalle osservazioni di Eppinger ed Hess risulta che le sostanze che paralizzano un sistema determinano una prevalenza dell'altro: le funzioni viscerali sarebbero quindi regolate da due forze antagoniste abitualmente in stato di tono (vagotono e simpaticotono): le due forze in un individuo normale si controbilanciano. Per gli effetti sull'organismo quindi vagotonia e simpaticoparalasi da una parte, simpaticotonia e vagoparalisi dall'altra s'identificherebbero.

La concezione di un antagonismo funzionale viscerale trovava un'analogia nella legge di Sherrington sull'innervazione antagonista dei muscoli volontari e parve dover risolvere il problema del meccanismo delle nevrosi viscerali.

Per mezzo degli stimoli farmaco-dinamici ed elettrici si stabilirono le funzioni a cui i due sistemi sono deputati nei vari visceri e si crearono così il tipo ideale in cui lo squilibrio nervoso viscerale è dato dalla prevalenza del sistema vagale (vagotonia) e quello in cui prevale il sistema simpatico (simpaticotonia).

Sintomi di eccitazione vagale. — L'aumento del tono vagale determina miosi, diminuzione del tono dell'elevatore della palpebra (diminuzione della rima palpebrale), lagrimazione, scialorrea. Riguardo al cuore bradicardia (cronotropo negativo) difficoltà alle estrasistoli (batmotropo negativo) difficoltà alla trasmissione (dromotropo negativo, tendenza al blocco) diminuzione della contrattilità cardiaca (inotropo negativo). Dal punto di vista clinico ha importanza specialmente l'azione cronotropa, la quale si manifesta specialmente nell'espirazione (bradicardia espiratoria, che è la base dell'aritmia respiratoria).

Per la vaso-dilatazione che determina e per azione diretta sul cuore la vagotonia determina un abbassamento della pressione del sangue.

Sull'albero bronchiale determina uno spasmo ed un aumento di secrezione.

Sullo stomaco determina ipermotilità, tendenza agli spasmi e ipersecrezione. L'ipermotilità talora si manifesta in senso retrogrado (antiperistalsi), e secondo Eppinger il vomito sarebbe talora provocato con questo meccanismo. Il tono gastrico è certo una funzione vagale. Anche la contrazione (e spasmo) del cardias e del piloro è in rapporto al vago.

Anche la motilità e gli spasmi dell'intestino sono determinati da stimoli vagali; così anche la secrezione intestinale.

I crampi degli sfinteri e l'erezione del pene stanno ugualmente sotto l'azione del vago.

La motilità della cistifellea e gli spasmi e forse la secrezione pancreatica ed epatica stanno sotto lo stimolo vagale.

L'eccitazione del sistema vagale determina anche l'eosinofilia, ed ostacola la glicosuria adrenalinica.

Sintomi di eccitazione simpatica (*simpaticotonia*). — Si riesce ad ottenere sperimentalmente per mezzo delle iniezioni di adrenalina.

A carico dell'occhio si ha midriasi, aumento della rima palpebrale, scarsa lagrimazione, incapacità della convergenza, esoftalmo.

Bocca secca per diminuzione della secrezione salivare. A carico dell'apparecchio cardio-vascolare si ha tachicardia, facilità alle estrasistoli, aumento delle sensazioni subiettive cardiache (palpitazioni). Aumento della pressione sanguigna sia per l'azione sul cuore che per azione vasocostrittrice.

Nel sistema digerente per aumento del tono simpatico si avrebbe una diminuzione del tono del cardias, che spiegherebbe un gruppo di vomiti; a carico dello stomaco si avrebbe atonia diminuzione della peristalsi, iposecrezione, insufficienza pilorica per diminuzione del tono pilorico. Nell'intestino la simpaticotonia si manifesterebbe colla tendenza alla stipsi atonica.

Altre manifestazioni sarebbero la tendenza alla glicosuria, alle elevazioni febbrili.

In base a questo antagonismo che presentano i due sistemi nel campo delle manifestazioni viscerali e in base alla prevalenza di un sistema quando si sopprima l'azione dell'altro, come si verifica per esempio per iniezioni di sostanze paralizzanti un gruppo di stimoli tonici (per esempio atropina, che paralizza il sistema vagale), Eppinger ed Hess hanno emesso l'ipotesi che i due sistemi nei vari visceri si facciano normalmente equilibrio. La prevalenza del tono simpatico o vagale darà origine a forme morbose, che nel caso di vagotonia saranno rappresentate specialmente da cardiospasmo, pilorospasmo, gastrosuccorrea, angina pectoris vasomotoria, asma bronchiale, diarree, ecc.; nel caso di simpaticotonia si avrebbe ipertensione, atonia gastrica, glicosuria, sindromi basedowoidi, ecc.

Nella massima parte dei casi questo squilibrio funzionale rimane latente e allora bastano stimoli indifferenti ad un individuo normale per determinare una reazione del tipo prevalente. Così lo stimolo chimico fisiologico della digestione determinerà in un vagotonico valori alti dell'acidità gastrica, un polipo nasale determinerà violenti attacchi asmatici, un calcolo indifferente per molti individui determinerà crisi violente di dolori.

Per la diagnosi di vagotonia latente sono stati proposti vari artifici. Il criterio fondamentale è il farmacodinamico. In un vagotonico basta un centigrammo di pilocarpina per determinare una intensa scialorrea, mentre l'iniezione di un cmc. di adrenalina rimane senza effetto. Esistono anche criteri meccanici così la compressione del globo oculare in un vagotonico determinerà un forte rallentamentoi del polso, mentre in un simpaticotonico determinerà una accelerazione.

Eppinger ed Hess hanno dimostrato che nelle manifestazioni morbose di un determinato gruppo cogli artifici suddetti si rivelano sempre sintomi di aumentato tono nelle altre sezioni dello stesso sistema.

Tale concezione non poteva non portare una vera rivoluzione nel quadro clinico giacchè si è cercato di spiegare l'individualità morbosa in base alla prevalenza di un gruppo di stimoli viscerali.

Il morbo di Basedow si è distinto, a seconda della predisposizione dominante, in forma vagotonica o simpaticotonica. Nel primo tipo si riscontra una tachicardia poco manifesta con forti disturbi subietivi cardiaci, Graefe poco manifesto con mancanza di Moebius; scarso esoftalmo e forte lagrimazione; sudori, diarree, iperacidità e eosinofilia, mancanza di glicosuria alimentare. Nella forma simpaticotonica si ha forte esoftalmo, evidente Moebius, tachicardia, con scarsi disturbi cardiaci subiettivi, mancanza di sudori e di diarree, forte caduta di capelli, tendenza ad elevazioni febbrili, mancanza di eosinofilia, non disturbi di respiro, glicosuria alimentare. I due tipi si renderebbero più manifesti con iniezioni di pilocarpina o rispettivamente di atropina.

Anche nelle manifestazioni della tubercolosi si è voluto vedere questo dualismo. Il tipo vagotonico si manifesta con tendenza ai sudori, alle diarree, con ipertensione e disturbi gastrici, tendenza alla pigmentazione. In altri casi esistono prevalentemente fatti simpaticotonici, tra cui predominano la tachicardia e la tendenza alla febbre.

Nell'infezione tifoide si è detto che il sintoma di Leube (scarsa frequenza del polso rispetto all'altezza della temperatura) è espressione di vagotonia latente. Lo stesso significato si è voluto dare alla bradicardia nell'ittero.

Dalle esperienze farmaco-dinamiche ha ricevuto un grandissimo impulso la conoscenza dei rapporti che legano sistema nervoso viscerale e glandole a secrezione interna.

Dopo che il Langley ebbe dimostrato che l'a-

drenalina iniettata nell'organismo agisce nei vari organi nello stesso modo con cui agisce la stimolazione delle vie simpatiche destinate agli organi stessi e dopo che molteplici ricerche condussero alla conclusione che questa sostanza stimola i centri e le terminazioni del simpatico ha fatto sempre più cammino negli ultimi tempi il concetto che i prodotti di secrezione interna hanno il còmpito di regolare il tono e l'eccitabilità del sistema nervoso vegetativo.

Questo concetto è antico, oggi però la scienza sperimentale ne ha dato una dimostrazione sicura. Già Brown-Sequard aveva dimostrato che dopo la distruzione delle glandole surrenali l'eccitabilità galvanica dei nervi è abolita specialmente nel plesso solare.

L'adrenalina si versa continuamente nel sangue determinando uno stimolo continuo, un tono del sistema simpatico. L'adrenalina è il più tipico ed elementare stimolo simpaticotonico, che noi conosciamo. Ormoni vagotonici non ne conosciamo; abbiamo solo surrogati chimici: debbono esistere ormoni autonomotropi che agiscono in senso antagonistico all'adrenalina.

La tiroide contiene sicuramente ormoni simpaticotropi e vagotropi: i primi agiscono sui muscoli lisci dell'occhio e sul ricambio, gli altri sull'apparecchio digerente.

L'ipofisi dà ormoni vagotropi che stimolano specialmente il nervo pelvico e simpaticotropi che agiscono sul ricambio.

La secrezione interna pancreatica ha forse un potere generale come l'adrenalina, ma in senso autonomo; però mentre negli animali spancreati si osserva una prevalenza simpatica della pupilla, non si osserva tachicardia e ipertensione. Più accentuata è l'azione antagonistica sul ricambio e specialmente sulla glicosuria.

Un fatto che spicca nel morbo di Addison (in cui mancano gli ormoni simpaticotropi) è l'iperplasia del sistema linfatico del timo. Wiesel ha dimostrato che nello stato timico succede il contrario.

È probabile che gangli linfatici e timo producano quasi esclusivamente ormoni autonomotropi; stato timo-linfatico e vagotonia sarebbero così sinonimi.

L'equilibrio del tono viscerale sarebbe così regolato da gruppi ormonici antagonistici. È probabile che esista un centro nervoso che regoli il giuoco degli ormoni vagali e simpatici, in modo che, quando venga a mancare un gruppo di stimoli, si attenui il tono dell'antagonista in modo da ristabilire un equilibrio.

Gli ormoni autonomotropi regolano l'anabolismo organico, perciò predominano nel primo periodo della vita, i simpaticotropi sono catabolici e predominano nel secondo periodo della vita. I primi sono dominanti nella costituzione artritica i secondi nella eretistica. Così il vagotono e simpaticotono sono stati invocati per spiegare la costituzione ed i fenomeni di pubertà e di secrescenza. Non solo; ma nel delirio della ipotesi che pare abbia invaso molti cultori dell'endocrinologia si è andati ancora oltre.

Nella storia dell'evoluzione, si è detto, si è formato prima il vagotono giacchè la vita presuppone l'accumulo di energia tensiva: si è formato poi il simpaticotono, il determinante dinamogeno per eccellenza. E nella ontogenesi infatti si è osservato che le capsule surrenali sono di formazione tardiva.

Nella simpaticotonia gli evoluzionisti hanno voluto vedere un ricordo atavico di un gruppo di reazioni formatesi nel periodo della lotta per l'esistenza, di cui alcune oggi debbono considerarsi inutili e quindi probabilmente destinate a scomparire. Lo stato simpaticotonico serve ad attivare il corpo per la lotta e ad aumentare i poteri di difesa: la pupilla si dilata, la rima palpebrale si allarga per aumentare il potere visivo; il cuore batte più presto e più forte per fornire sangue ai muscoli; i vasi viscerali si contraggono per accrescere la pressione e deviare il sangue dall'area digestiva, la cui funzione è momentaneamente inibita, in modo che i muscoli dello scheletro, il cuore, i polmoni e il cervello siano abbondantemente irrorati di sangue. Aumenta la circolazione dello zucchero nel sangue perchè i muscoli siano abbondantemente forniti della sostanza essenziale alla loro funzione, aumenta la coagulabilità del sangue, si abbassa la soglia dell'eccitabilità muscolare e diminuisce la fatica. Per convincersi di questo basterebbe pensare all'astenia degli addisoniani.

Nell'uomo si avrebbero stati del genere all'inizio delle infezioni e la difesa organica sarebbe basata fondamentalmente su crisi di tale natura.

Il simpaticotono sarebbe anche il costituente fondamentale della reazione emotiva. L'emozione è la scintilla del movimento, giacchè precede sempre ogni atto volitivo. *Emotion moves us, hence the name,* dice Sherrington; ma se nelle condizioni della moderna vita spesso si avvera che l'emozione è dissociata dal movimento la preparazione al movimento va perduta e rimane le reazione viscerale, con i danni che a lungo andare può provocare.

Il sonno rappresenterebbe secondo alcuni una crisi periodica vagotonica anabolica e l'analisi delle funzioni in tale periodo pare ad un esame superficiale di rivelare tutti i sintomi della vagotonia.

Fin qui ho accennato nelle sue linee generali al problema della vagatonia e simpaticotonia, quale gli studi di Eppinger ed Hess e le osservazioni di vari altri autori hanno oggi prospettato.

Le conclusioni a cui tali studi hanno portato consistono specialmente nell'ammettere due classi d'individui perfettamente antagonistiche per le loro reazioni viscerali, ognuna delle quali avrebbe le sue speciali predisposizioni morbose. Tale antagonismo, scoperto mediane reattivi farmacodinamici, corroborato dai dati fisiologici e fisiopatologici, avrebbe contribuito alla risoluzione di numerosi problemi clinici.

L'Eppinger ed Hess paragonano i rapporti intercedenti tra sistema autonomo e simpatico a una bilancia, su di un piatto della quale gravi tutto il peso del tono vagale, sull'altra tutto il peso del tono simpatico. I due pesi si fanno normalmente equilibrio se una qualunque causa endogena o esogena interviene ad aumentare il peso da un lato e a diminuire il peso dall'altro saranno equivalenti le risultanti alterazioni di equilibrio.

Dalle esperienze però di numerosi autori, che hanno sottoposto a controllo i risultati farmacodinamici, risulta che non si trovano mai casi in cui il tono e l'eccitabiltà siano ugualmente elevati in tutto il territorio di distribuzione vagale o simpatica. Anche io mi sono occupato del controllo farmacodinamico in un centinaio d'individui normali o colpiti da affezioni organiche o funzionali specialmente dell'apparato digerente, e posso affermare che non ho osservato mai individui che reagiscono in un solo senso in tutti i sistemi, ma spesso si osserva una sensibilità esagerata per veleni autonomi in alcuni sistemi, simpaticotropi in altri. Le esperienze coll'adrenalina che è la sostanza fisiologica, i cui risultati sarebbero quindi più attendibili di quelli provocati da iniezioni di atropina e pilocarpina, dimostrano spessissimo dissociazioni notevoli nei risultati; così l'ipertensione variabile da individuo a individuo, può andar disgiunta dalla poliuria e questa dalla glicosuria e dalla tachicardia.

Inoltre non è raro trovare individui che reagiscono ugualmente sia alla pilocarpina e all'adrenalina ovvero che non reagiscono a nessuno dei due rimedi.

Inoltre bisogna considerare che non sempre il parallelismo tra azioni farmacodinamiche e fisiologiche è così netto come l'Eppinger ed Hess hanno ammesso: così l'iperidrosi, che è considerata come sintoma vagotonico per il fatto che si determina per le iniezioni di pilocarpina, veleno automotropo per eccellenza, dipende da abnorme stimolazione dei nervi sudorali che la fisiologia ha dimostrato di natura simpatica.

Dal controllo delle prove farmacologiche risulterebbe quindi che esse non hanno il valore assoluto sostenuto dall'Eppinger ed Hess.

Anche la base fisiologica dell'antagonismo va ammessa solo nelle linee generali ed in questo senso si esprime anche in Lewandowski. Senza entrare nei dettagli degli studi più recenti accennerò solo che l'innervazione per esempio del cardias sta solo sotto il controllo del vago e che non esiste innervazione simpatica; recentemente si è poi osservato che le funzioni viscerali in cui questo antagonismo manca pare siano numerose.

Inoltre il concetto di vagotonia e simpaticotonia nel suo schematismo urta contro principî fisiopatologici elementari. Basta pensare al morbo di Addison (che secondo i concetti esposti dovrebbe considerarsi come una sindrome vagotonica tipica per la mancanza degli stimoli simpaticotonici) in cui domina la pigmentazione della cute, che non ha nessun rapporto coll'innervazione autonoma. Quindi dovrebbe introdursi il concetto di simpaticoparalisi e quello di vagoparalisi.

Se noi veniamo a considerare il problema dal punto di vista clinico risalta subito che tutte le distinzioni cliniche che sono state fatte in base allo schematismo suddescritto sono artificiose.

In tutte le forme morbose troveremo ad un'analisi accurata l'associazione delle più svariate reazioni giacchè fattori costituzionali, fenomeni riflessi ed elettività tossiche e infettive variamente si combinano. Il voler inquadrare i tipi in uno schematismo rigido per lo più artificioso ci sarebbe da perdere di vista l'individuo nel suo complesso.

L'identificazione della vagotonia coll'artritismo sembra a me arbitraria. La facilità con cui i megalosplacnici vanno soggetti a dispepsie acide, a spasmi dell'apparecchio digerente, all'asma essenziale potrebbe mettersi in rapporto ad eccitazione del sistema vagale; ma noi sappiamo che accanto a queste manifestazioni morbose si osserva spesso ipertensione, glicosuria e altri sintomi di eccitazione simpatica. Che dire poi dell'*habitus astenicus*, che per alcuni è l'espressione più tipica di vagotonia, per altri di simpaticotonia?

Da tutte queste considerazioni risulta quindi che in ogni apparato e in ogni organo imperi un sistema di forze in equilibrio isolato, indipendente da tutti i sistemi analoghi dell'organismo.

Rimane ora da considerare il problema se è possibile ammettere la esistenza di sindrome vagotoniche o simpaticotoniche circoscritte a singoli territori od organi.

Tralascio lo studio di sindromi vagotoniche o

simpaticotoniche cardiache perchè la dottrina miogena ora domina tutta la fisiopatologia cardiaca. Non parlo anche della nevrosi vagotonica per eccellenza, l'asma bronchiale, perchè il problema è ora in revisione. Mi fermerò solo a parlare delle nevrosi gastro-intestinali perchè dal punto di vista clinico il giuoco degli antagonisti è massimo specialmente nel sistema digerente. Il sistema autonomo, essendo un sistema anabolico per eccellenza diventa il responsabile della digestione e assimilazione delle molecole alimentari. La sensazione della fame, la secrezione della saliva e del succo gastrico sono in rapporto diretto colla stimolazione vagale. Le secrezione e la motilità dello stomaco ed intestino sono anche funzioni del vago; e specialmente dal punto di vista motorio è spiccatissimo il contrasto tra vago e simpatico. A chi si occupa in modo speciale di radiologia dell'apparecchio digerente sarà risaltato subito all'occhio che uno schematismo funzionale nel senso di una vagotonia e di una simpaticotonia gastrica non si verifica quasi mai. Spessissimo troviamo che un'atonia (sintoma simpaticotonico) si associa un aumento della peristalsi (sintoma di eccitazione vagale); un aumento di peristalsi può associarsi ad insufficienza pilorica (simpaticotono). I contrasti sono ancora più evidenti se si stabilisce un controllo tra i dati della motilità e del tono coi dati della secrezione. Ciò si comprende facilmente quando si pensa alle esperienze di Pawlow sull'influenza psichica sulla secrezione gastrica. Questa in alcuni casi è anche evidente sulla parte motoria; però il parallelismo spessissimo non esiste. La concezione di vagotono e simpaticotono ci aveva fatto dimenticare la complessità della funzione gastrica che, oltre che da fattori costituzionali, è dipendente da fattori psichici ma sopratutto riflessi. Questi hanno una importanza grandissima nella fisiologia e nella patologia della digestione.

Una nuova concezione dei movimenti del tratto alimentare è quella del Keith, che divide il canale alimentare in sezioni neuromuscolari separate da sfinteri che bloccano il passaggio di onde peristaltiche da una sezione all'altra: come nel cuore probabilmente ogni sezione ha uno speciale centro ove sorge l'impulso che inizia il ritmo di questa azione. Egli ha paragonato il canale alimentare a una strada ferrata divisa in sezioni di blocco, ciascuna fornita di segnalatori e di telefono. Il segnalatore di una sezione rifiuta di accettare ulteriore traffico finchè la sezione non è sgombra. Egli distingue una sezione faringea, una esofagea, che arriva allo sfintere cardiaco; il punto nodale per i movimenti dello stomaco sarebbe subito sotto al cardias. La sezione gastrica termina al piloro, ma il punto nodale per la sezione duodenale si trova subito sopra all'ingresso del coledoco, quindi il bulbo duodenale è in qualche modo la continuazione dello stomaco: questo fatto è interessante in vista delle strette relazioni funzionali e patologiche tra lo stomaco e l'area acida del duodeno. Altri posti di blocco sono la flessura duodeno-digiunale, la valvola ileo-cecale e una zona subito dopo l'angolo epatico del colon (punto in cui cessano i movimenti antiperistaltici del colon). Alla congiunzione del colon pelvico con il retto vi è un altro sfintere: questo corrisponde al punto in cui il contenuto intestinale è trattenuto nelle persone normali.

Basta pensare al complesso giuoco pilorico nell'ulcera duodenale e nella calcolosi epatica per comprendere l'importanza che ha il fattore riflesso nella genesi di una sintomatologia che potrebbe definirsi superficialmente come una vagotonia o simpaticotonia.

Gli esempi potrebbero moltiplicarsi ma a me basta aver accennato ai fatti suesposti per comprendere che lo schematismo di vagotonia gastrica o di simpaticotonia ridurrebbe l'analisi del fenomeno ad un semplicismo, che, soddisfacendo il nostro amor proprio, potrebbe portarci completamente fuori di strada.

Tra le manifestazioni simpaticotoniche hanno molta importanza alcune glicosurie e diabeti. Quelle forme di diabete che hanno come carattere fondamentale una mobilizzazione maggiore dello zucchero possono essere interpretate in alcuni casi come manifestazioni simpaticotoniche. La glicosuria adrenalinica è proporzionata alla quantità di glicogene presente nel fegato e quando nel fegato non ve n'è più la glicosuria cessa. È probabile che alcune glicosurie dell'età avanzata accompagnate da ipertensione siano in rapporto con un eccesso di adrenalina nel sangue. Così s'interpreta la glicosuria emotiva transitoria. Che il sistema endocrino del pancreas stimoli il sistema autonomo, come sostiene il Falta, o, come sostiene il Loewi, inibisca il sistema simpatico parrebbe dimostrato dal fatto che dopo l'asportazione del pancreas diviene possibile provocare la midriasi adrenalinica (fenomeno di Loewi). La doppia vagotomia favorisce la glicosuria prodotta dall'adrenalina come fa l'asportazione del pancreas. Sulla base di questi esperimenti e di queste considerazioni la scuola di Vienna con a capo il Noorden ha già edificato una teoria patogenetica del diabete, secondo la quale esso sarebbe dovuto a una preponderanza d'impulsi nervosi simpatici sugl'impulsi autonomi che rego-

lano nel fegato la funzione formatrice del glucosio.

I diabetici sarebbero da considerarsi in fondo come individui simpaticotonici. Però esiste una serie di esperienze che dimostrano che questo antagonismo è più apparente che reale. Infatti pare che anche oggi venga ad essere riconosciuto vero il principio già ammesso dal Naunin che l'insufficienza pancreatica produce glicosuria per insufficiente fissazione del glucosio alimentare nel fegato, invece l'adrenalina produrrebbe iperglicemia per aumentata trasformazione del glicogeno epatico in glucosio.

Quindi anche per il diabete il concetto di simpaticotonia o di vagotonia viene a cadere, ed il diabete deve oggi considerarsi come una sindrome pluriglandolare basata su uno squilibrio complesso.

Ammessa una origine endocrina del tono vagale e simpatico fisiologico, come è possibile concepire lo schematismo ammesso dall'Eppinger ed Hess, quando oggi dagli studi di fisiologia e di fisiopatologia endocrina è risultato il concetto di sindromi pluriglandolari, giacchè le alterazioni di funzione di una glandola portano di conseguenza profonde modificazioni funzionali di tutto il sistema endocrino? Come si potrebbe comprendere una tale concezione sapendo che ogni glandola a secrezione interna produce ormoni vagotropi e simpaticotropi?

Il concetto perciò di vagotonia e simpaticotonia non può essere mantenuto nè nel senso primitivo ammesso dall'Eppinger ed Hess nel senso di reazioni schematiche, fatali a stimoli fisiologici e patologici, ma anche in senso limitato a singoli organi o sistemi.

Degli studi della scuola di Vienna restano però salde molte delle nozioni di anatomia e di fisiologia del sistema nervoso viscerale. Essi, con le ricerche farmacodinamiche, hanno aperto una nuova via alla conoscenza delle funzioni viscerali ed hanno gettato una gran luce sui rapporti che legano glandole a secrezione interna e sistema nervoso vegetativo.

NOTE E CONTRIBUTI

Sopra una forma affine agli eritemi polimorfi ed alcune porpore

(Contributo alla diagnosi del tifo petecchiale)

per il dott. DOMENICO FALCIONI,
medico condotto del Comune di Roma.

Crediamo che meriti di essere meglio individualizzata una malattia a decorso acuto, non contagiosa, che desta interesse specialmente per una eruzione maculo-papulosa molto intensa che l'accompagna, e che, mentre ricorda per delle analogie eziologiche e sintomatiche gli eritemi e le porpore reumatiche, non può essere a nessuna delle svariate forme di questi gruppi riferita, discostandosi notevolmente nel complesso dalle caratteristiche di ciascuna di esse.

Si rimane infatti indecisi, e questa indecisione l'abbiamo veduta divisa da egregi colleghi, a definirla con precisa diagnosi.

Era già nostro desiderio contribuire alla conoscenza di essa riferendo i casi occorsici, ma, per non avere potuto occuparci di ricerche batteriologiche dirette a tentare l'identificazione del probabile microrganismo specifico, ce ne siamo finora astenuti.

Tenendo conto però che si rende addirittura indispensabile la conoscenza di questa malattia, potendo essere confusa, oltre che con altre, anche col tifo petecchiale, da qualche tempo ricomparso, abbiamo stimato opportuno portare ugualmente un contributo sull'argomento, abbozzando nelle sue linee generali una sommaria descrizione della forma e prospettando brevissime considerazioni di diagnosi differenziale.

* * *

Gl'individui che ne sono affetti, in prevalenza donne, raccontano generalmente che, in seguito a strapazzi e raffreddamenti, sono stati colti da malessere generale, stanchezza, anoressia, dolori reumatoidi e graduale elevazione di temperatura.

L'esame obbiettivo non mette in evidenza alcunchè di caratteristico, si possono notare: uno stato saburrale della lingua, un po' di meteorismo, si può provocare dolore colla palpazione delle articolazioni e più specialmente delle masse muscolari, ma non si riscontrano nè tumefazioni nè edemi, e nulla di patologico si rileva a carico degli organi interni.

Si propende a ritenere che il malato presenti una comune affezione reumatica o gastro-reumatica, ma verso il 4° o 5° giorno e qualche volta prima, la comparsa di una intensa eruzione c'indica chiaramente che ci troviamo dinanzi ad una speciale entità morbosa.

L'eruzione consiste in macchie e papule di colorito roseo a contorni non netti.

Le papule sono in prevalenza, appaiono ben rilevate e della grandezza di una lenticchia quasi tutte, non occupano sedi speciali ma si diffondono pressochè uniformemente a tutto il corpo.

Tali elementi eruttivi scompaiono alla pressione digitale, le più grandi lasciando talora scorgere una lievissima pigmentazione brunastra del fondo, non subiscono mai cangiamenti nè divengono mai emorragici, non sono accompagnati da elementi di altro aspetto e scompaiono definitivamente, con impallidimento progressivo a convalescenza inoltrata.

Non danno mai nè bruciore nè prurito.

Circa le mucose, si potrà notare un anticipo delle mestruazioni, ma non si osserveranno mai spiccate sindromi emorragiche.

La temperatura, che come abbiamo accennato cresce gradatamente, raggiunge presto i 40 gradi, presenta delle remittenze notevolissime colla comparsa dell'eruzione, assume in seguito il tipo continuo remittente e termina per lisi.

Nessuna complicazione si nota durante il decorso della malattia, solo la milza apparisce un pò ingrandita, ma sui caratteri di questa non possiamo riferire notizie precise non avendo potuto escludere nei casi osservati una pregressa malaria.

Lo stato generale si mantiene sempre buono, l'ammalato non presenta mai perturbazioni del sistema nervoso, risalta anzi la lucidità di mente che, pur nell'acme della malattia, in preda cioè ad una eruzione tanto imponente ed a temperature molto elevate, costantemente conserva.

La malattia dura all'incirca una quindicina di giorni.

Il quadro clinico, è ovvio, può subire cangiamenti per ragioni individuali: possono rendersi pronunziati o quasi mancare i disturbi gastro-intestinali, la cefalea che da qualcuno non è avvertita, può essere molto molesta per altri, si potrà avere per eccezione, come l'abbiamo notato in un caso, presenza di albumina nelle urine, ma i sintomi fondamentali, quelli che si riscontrano sempre e che caratterizzano la malattia sono: l'*eruzione maculo-papulosa assai diffusa,* i *dolori reumatoidi in prevalenza muscolari,* la *completa assenza di fenomeni patologici* a carico del *sistema nervoso,* l'*andamento acuto dell'affezione.*

L'eruzione cutanea però è il sintomo che spicca sopra ogni altro e che impone una diagnosi sollecita, sia per potere rassicurare la famiglia che ne rimane preoccupata, sia per stabilire se si rendono necessarie misure profilattiche.

* * *

Qualora non si abbia avuto occasione di fare l'occhio alla speciale fisionomia della malattia descritta, in modo da riconoscerla subito con sicurezza, molte e svariate occorrerà passarne in rivista per giungere alla diagnosi; non riuscirà tuttavia difficile poterla riconoscere fin dall'inizio

Esaminando infatti attentamente il malato e raccogliendo un'accurata anamnesi si potranno facilmente escludere *le grandi infezioni* (endocarditi infettive, setticoemie, pioemie, osteomieliti, ecc.) capaci di essere accompagnate da eruzioni e mascherare così il vero processo morboso, come sarà cosa facile escludere:

una roseola sifilitica,
una infezione malarica con esantema,
una autointossicazione o eterointossicazione che ne siano anch'esse accompagnate.

Occorrerà discutere se non ci si trovi dinanzi:
ad una febbre eruttiva contagiosa,
a qualche forma del gruppo tifoideo,
a tifo petecchiale,
all'eritema nodoso,
a qualche varietà dell'eritema polimorfo,
a delle porpore;

ma con semplici, nette, ed opportune considerazioni, poichè si tratta di fare la diagnosi, data la copiosità dell'eruzione, con forme tipiche e non con forme anormali o fruste, ci riuscirà possibile eliminare in breve anche queste.

* * *

Il primo sospetto in presenza di una manifestazione cutanea febbrile va sempre alle *forme eruttive contagiose.*

Non occorrerà invero grande discernimento per distinguere dal morbillo e dalla scarlattina quella descritta, sia per mancanza di sintomi propri e ben noti a ciascuna di dette malattie, sia per le eruzioni abbastanza caratteristiche che esse presentano.

La confusione potrebbe invece accadere coi casi iniziali di vaiuolo, allorchè l'eruzione si trova allo stadio di macchia o di papula.

Ma, poichè si tratta, come sopra accennavamo, di fare la diagnosi differenziale con casi tipici, coll'attenta disamina dei sintomi obbiettivi e subbiettivi ci riuscirà facile allontanare il sospetto.

Non troveremo mai infatti nei casi della forma descritta l'esordio brusco, la temperatura che sale a 40 gradi fin dal primo giorno, i fenomeni generali gravi fin dall'inizio, e ci sarà spesso possibile escludere ogni probabilità di contagio. D'altra parte, non constatando sulle papule la comparsa delle vescichette che, nei casi di vaiuolo, dovrebbe essere assai sollecita, ci si troverà ben presto in grado di poterlo escludere con sicurezza.

Non riuscirà neppure difficile escludere il *gruppo delle forme tifoidee* alle quali si potrebbe pensare se per avventura si notasse nel

malato una accentuazione dei disturbi gastro-intestinali.

Difatti, a parte la circostanza che una eruzione tanto copiosa è del tutto eccezionale, passando spesso inavvertita in queste forme per la sua tenuità, difficilmente constateremo, per quanto accentuati possano essere i disturbi intestinali, che l'apparecchio digerente assuma nella forma descritta il quadro clinico dell'infezione tifoidea.

Non constateremo nè il sollecito ingrandimento della milza, nè i caratteri del polso, nè lo speciale abbattimento che accompagna queste forme e ciò, che più ha valore, non constateremo mai il tipico e caratteristico andamento della temperatura del tifo, presentando la forma descritta remittenze accentuatissime che raggiungono quasi l'apiressia e che coopereranno a mettersi in grado di poterlo con sicureza escludere.

D'altra parte nòn può riuscire difficile escludere il gruppo delle forme tifoidee, anche perchè possediamo nell'emocoltura una prova di laboratorio assai preziosa per una precoce diagnosi di tifo.

Difficoltà invece possono sorgere per eliminare *il tifo petecchiale*: due malate della forma descritta, che abbiamo veduto durante quest'anno, ne erano state infatti giudicate affette.

Se si tiene però presente che il tifo petecchiale non è, come tanto opportunamente osservava l'Ascoli in una lucidissima lezione su questo argomento che abbiamo avuto la fortuna di ascoltare, quel zibaldone di sintomi che per tanto tempo si è ritenuto, ma un quadro clinico ben determinato e che sue caratteristiche sono: la tendenza alle emorragie, l'inizio brusco, la predilezione ad attaccare il sistema nervoso e la contagiosità, non potrà riuscire cosa difficile ad eliminarlo.

Se la prima caratteristica, la tendenza alle emorragie non potremo presto rilevarla, se cioè ritarderà a sostituirsi nei fenomeni esantematici l'emorragia all'iperemia, ci sarà dato di rilevare sempre l'inizio brusco della malattia ed i sintomi patologici a carico del sistema nervoso (adinamia profonda, vertigini, delirio, vomito, ecc. ecc.) sintomi costanti e precocissimi nel tifo esantematico, del tutto assenti invece nella forma suddescritta nella quale anzi fanno contrasto, come già abbiamo accennato, lo stato generale buono e la lucidità di mente perfetta del malato che pur presenta elevata temperatura ed una eruzione tanto diffusa.

La constatazione inoltre che constantemente ci è dato di fare della limitazione cioè ad un solo caso di malattia fra la famiglia, perfino fra individui che dormono nello stesso letto, rappresenterà un criterio epidemiologico così importante per la diagnosi, data la natura eminentemente contagiosa del tifo esantematico, da bastare essa sola a metterci in grado di eliminarlo senz'altro.

E' superfluo ricordare che colla ricerca sierologica del Weil Felix si potrà in seguito escludere ogni sospetto.

Non è possibile confondere la forma descritta con *l'eritema nodoso*, sebbene questo sia sempre accompagnato da febbre, disturbi generali e dolori articolari, dati i sintomi speciali e caratteristici: poche nodosità quasi sempre localizzate alla faccia anteriore della gamba, che detta affezione presenta; e neppure riesce difficile differenziarla *dalla forma papulosa dell'eritema polimorfo*, da quella varietà cioè che più potrebbe assomigliarle.

Si riscontrano infatti differenze nell'eruzione, manifestandosi nell'eritema papuloso sotto forma di elementi di dimensioni varie ed essendo facile notare su di essi sia una risoluzione centrale che fa assumere all'eruzione la forma di più anelli concentrici, sia delle vescicole o delle bolle.

Si riscontrano differenze nei sintomi subbiettivi, essendo gli elementi eruttivi dell'eritema papuloso sede di bruciore e prurito.

Si riscontrano differenze nella localizzazione dell'eruzione, presentandosi nell'eritema in genere simmetricamente nelle due metà del corpo ed in sedi predilette.

L'eritema papuloso finalmente non sempre assume il quadro clinico di una infezione acuta, mentre l'assume sempre la forma descritta, che del resto è ben lontana nella sua evoluzione dal richiamare l'idea di una dermatosi.

Dalle porpore reumatiche finalmente, sebbene queste si presentino spesso con una sintomatologia simile alla forma descritta, la differenziazione riuscirà ancora più facile, potendosi rilevare a colpo d'occhio la speciale caratteristica di questo gruppo, l'aspetto cioè emorragico dell'eruzione.

* * *

In conclusione: la forma morbosa descritta presenta analogie sintomatiche ed eziologiche con alcune porpore e con gli eritemi polimorfi, si manifesta infatti in primavera e nei mesi caldi, è accompagnata da spiccata sindrome reumatoide, non è contagiosa ed è provocata sempre da raffreddamenti e strapazzi.

Presentando però anche caratteri tali, da poter essere con facilità riconosciuta ed individualizzata nettamente, crediamo che sia giusto ritenerla *affine alle malattie suddette, ma quale forma a se, quale altra varietà ben distinta fra la grande famiglia delle affezioni reumatiche a manifestazione cutanea.*

E, come accennavamo in principio, una volta che per mancanza di dettagliate descrizioni pos-

sono accadere confusioni con altre forme morbose, specialmente col tifo petecchiale, e con quale grave danno pel medico e pel malato è cosa evidente, abbiamo stimato opportuno anche il presente modesto contributo in proposito.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Sull'impiego dell'anestesia dello splancnico.

(PREISS e RITTER: *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1919, n. 52).

In questi ultimi tempi Kappis, Wendling e Naegeli hanno riferito sull'anestesia dello splancnico e sul suo impiego nella chirurgia addominale.

Kappis raggiunge gli splancnici dal dorso: penetra in ambedue le parti 7 cm. accanto alla colonna vertebrale, subito sotto la XII costola e sopra l'apofisi trasversa della seconda vertebra lombare, inclina l'ago sulla convessità laterale del corpo vertebrale ed inietta qui 10-40 cm. cubi di una soluzione di novocaina ed adrenalina all'1 %. Nell'insieme adopera 70-120 cm. cubi della suddetta soluzione. La preparazione dei pazienti sopra 16-18 anni viene fatta con 0,05 veronal la sera prima dell'operazione e con 0,01 morfina + 0,0003 scopolamina 1/2 ora prima dell'operazione. Secondo questo processo si fecero nella clinica chirurgica di Kiel 200 anestesie splancniche con tecnica e risultato sempre migliore. Kappis non riferisce sulla durata dell'anestesia. L'anestesia della parete addominale si esegue paravertebrale o mediante iniezioni che circondano la regione. Nel caso che l'anestesia sia incompleta, si può ricorrere ad iniezioni secondarie nel piccolo omento, nei tessuti retroperitoneali, ecc. a seconda la regione dell'operazione o mediante una breve anestesia generale di cloruro d'etile o di etere.

Wendling penetra attraverso la parete anteriore dell'addome per raggiungere gli splancnici, ed inietta, 1/2 cm. a sinistra della linea mediana ed 1 cm. sotto il processo xifoideo, infiggendo l'ago senza curarsi degli organi soprastanti, da 50 a 80 cm. cubi d'una soluzione di novocaina ed adrenalina all'1 %. Egli infiltra i tessuti retroperitoneali dopo il pasaggio dei nervi al di là dei pilastri diaframmatici ed in tal modo raggiunge gli splancnici prima del loro ingresso nel plesso solare. Dopo 10 minuti si ha per 1 ora e 1/2 completa anestesia della cavità addominale superiore. L'anestesia della parete addominale viene eseguita secondo Braun: un quarto d'ora avanti l'operazione viene somministrato al paziente 0,01 morfina ed eventualmente 0,0002 scopolamina. Wendling parla di 36 casi con un caso completamente negativo ed un grave incidente in seguito all'iniezione.

Naegeli pratica l'anestesia per via posteriore. Punto d'ingresso in tutte due le parti 4 dite trasverse dalla linea mediana, all'altezza della prima vertebra lombare subito sotto la XII costola. Per lo più si esegue soltanto un'iniezione per parte. Vengono iniettati 25-35 cm. cubi di soluzione di novocaina all'1 %. Per l'anestesia della parete addominale si adoperano 50-60 cm. cubi di soluzione di novocaina al 1/2 %. L'autore sunnominato riporta sopra 18 casi 3 insuccessi e 2 parziali, gli ultimi per insufficiente anestesia del peritoneo parietale.

Nel caso d'una iniezione a scopo terapeutico, l'effetto anestetico durava 5-6 ore. Del resto Naegeli non dà conto sulla durata dell'anestesia.

Dalla clinica di Eiselsberg vengono pubblicati 85 casi di anestesia dello splancnico con tecnica identica a quella di Kappis e preparazione dei pazienti per l'operazione con 1,0-1,5 cg. morfina o pantopon. In 34 casi, dunque con una percentuale abbastanza elevata, bisognò ricorrere all'etere.

Tutti gli autori mettono in vista l'ottimo decorso postoperativo, specie nei casi gravi.

Da 4 mesi gli AA. adoperarono anche nella clinica chirurgica di Zurigo in quasi tutti gli interventi addominali l'anestesia splancnica, dopochè ebbero risultati non soddisfacenti coll'anestesia paravertebrale. Gli 89 casi esaminati si dividono come segue:

Operazione	Num. dei casi	Narcosi suppletiva	Morfina prima dell'operazione
1. Appendicectomia	50	4	31
2. Resezione dello stomaco	13	2	8
3. Gastroenterostomia	5	—	4
4. Gastrostomia	1	—	
5. Laparotomia esplorativa	6	1	4
6. Resezione dell'intest. tenue	1	—	1
7. Resezione ileocecale	1	—	1
8. Digiunostomia	3	—	1
9. Colostomia	1	—	—
10. Grossa ernia addom. strozzata	1	—	1
11. Colecistectomia	2	—	2
12. Decapsulazione dei reni bilat.	1		1
13. Nefrectomia	2	1	1
14. Splenectomia	1	—	1
15. Ovariectomia	1	1	—
	89	9	56

Gli AA. non eseguiscono iniezioni secondarie a cavità addominale aperta, come lo consiglia Kappis.

Tra gli 89 casi ebbero 4 insuccessi totali, cosicchè si dovette far uso d'un narcotico per inalazione. Di questi 4 casi in un primo trattavasi di un carcinoma inoperabile dello stomaco, nel quale il tumore, partendo dalla metà della parete posteriore, aveva infiltrato il tessuto retroperitoneale a sinistra dell'aorta, in modo che la soluzione di novocaina iniettata non potè arrivare agli splancnici. Nel caso d'una digiunostomia d'un carcinoma inoperabile fissato al cardias, parve che l'insuccesso avesse uguale origine, però la palpazione non ha potuto assicurarlo. Nel terzo caso in cui si trattava di una grave appendicite acuta flemmonosa, il peritoneo parietale era dopo l'anestesia della parete addominale ancora tanto sensibile, che si procedette alla narcosi generale (40 cm. cubi miscela di Billroth). Nel 4° caso si trattava di un'ovariectomia, che a priori non è adatta per l'anestesia splancnica.

Gli AA. riportarono 5 casi d'insuccesso parziale, nei quali adoperarono brevi narcosi.

Ebbero 2 complicazioni durante le iniezioni. Nel primo caso iniettarono 10 cm. cubi di soluzione di novocaina al 2 % nella vena cava. Dopo un grave collasso ed arresto respiratorio il malato riprese in 10 minuti. Dopo 3 settimane si eseguì la resezione dello stomaco prestabilita coll'anestesia splancnica che diede un ottimo successo. Nel secondo caso l'ago colpì il polmone: il paziente ebbe subito uno stimolo a tossire ed espettorazione sanguigna, che durò 2 giorni. Del resto il decorso postoperativo fu senza incidenti.

In tutti gli altri casi l'anestesia riuscì completa o solo con un lieve senso di trazione e pressione.

Nella tecnica gli Aa. seguirono le prescrizioni di Kappis. Iniettarono spesso lungo il tragitto dell'ago una soluzione di novocaina al 1/2 %. Insistono in special modo, che ogni volta prima di iniettare la soluzione si deve aspirare colla siringa per evitare la penetrazione in un vaso (vena cava!).

Secondo esperienze fatte sul cadavere, provanti che la soluzione si diffonde vastamente nel tessuto retroperitoneale, praticarono solo un'iniezione ad ogni parte ed operarono così quasi tutte le appendiciti.

Anche nella composizione della soluzione seguirono nei primi 3 casi la prescrizione di Kappis, cioè adoperarono soluzione di novocaina all'1 % con l'aggiunta di adrenalina. Questi però furono casi meno soddisfacenti (2 insuccessi parziali). Modificarono la soluzione, per iniettare una minor quantità di liquido: adoperarono soluzione di novocaina al 2 % coll'aggiunta di solfato di potassio per aumentarne l'effetto (Härtel). La soluzione era composta come segue:

Novocaina 1,0, acqua dist. 50,0, adrenalina 0,001, clor. di sodio 0,35, solfato di potassio 1,2.

Iniettarono di questa soluzione 10-20 cm. cubi per iniezione, e 20-80 cm. cubi in tutto. Ai bambini sotto 14 anni iniettarono solo 20 cm. cubi in 2 iniezioni. In questi casi l'iniezione fu eseguita 5-6 cm. dalla linea mediana, sotto la XII costola. Si somministrò modificando secondo i casi, da 0,8 a 2,35 g. di novocaina per raggiungere l'anestesia splancnica e l'anestesia della parete addominale. In 17 casi si adoperarono più di 2 g.

La preparazione dei pazienti fu eseguita dagli Aa. per lo più con 0,01 morfina o 0,02 pantopon un'ora prima dell'operazione. In 33 pazienti la preparazione fu abolita. L'anestesia era anche nel caso di grandi interventi così perfetta, che gli Aa. avevano l'impressione di non abbisognare dei mezzi summominati per la intensificazione dell'anestesia splancnica. Pareva che l'effetto venisse piuttosto diminuito dalla morfina e dal pantopon. Nei casi senza preparazione riscontrarono minori sensazioni spiacevoli, come senso di sete, conato di vomito, sudore. Non furono somministrati la sera prima dell'operazione ipnotici.

La durata dell'operazione variava fra 30 minuti e 3 ore (nel caso d'una resezione dell'esofago e dello stomaco 4 ore 1/2). L'anestesia si prolungò delle ore oltre l'operazione, specialmente se erano interventi piccoli. In alcuni casi la sensibilità ritornò 2 ore 1/2 dopo l'iniezione. Pareva in generale che dopo laboriosi interventi l'anestesia si esaurisse prima. Gli Aa. non escludono, che cause meccaniche come trazione del mesenterio, palpazione nella regione anestetizzata, favoriscano la propagazione e l'assorbimento dell'anestetico. E' notevole che l'anestesia postoperativa era di durata maggiore negl'interventi brevi che nel caso di operazioni lunghe eseguite nell'addome superiore in vicinanza delle iniezioni.

I pazienti più giovani erano di anni 11, i più anziani d'anni 70.

Fu controllato all'autopsia che non si ebbero casi di morte dovuta all'anestesia splancnica. Non furono riscontrate lesioni notevoli, per esempio dei reni: ed il controllo fu preciso. Non osservarono mai conseguenze speciali, come fenomeni d'intossicazione o di collasso, fuorchè pallore e stimolo a vomitare qualche volta durante l'operazione: di rado vomito. La pressione sanguigna dimostrò un comportamento ineguale.

Le condizioni dei pazienti dopo l'operazione erano quasi senza eccezione soddisfacenti ed il decorso postoperativo, specialmente riguardo lo stato soggettivo dell'ammalato, fu rispetto ai casi ottimo.

Gli Aa. osservano che hanno operato parecchi casi con anestesia splancnica per averne un giudizio preciso e perfezionarne la tecnica, casi che forse nel futuro opereranno di nuovo coll'anestesia generale.

Dalla loro esperienza risulta che il procedimento per l'anestesia splancnica, prescritto ultimamente da Kappis, è un metodo eccellente e con qualche precauzione diventa poco o niente pericoloso. I risultati sono migliori adoperando una soluzione di novocaina-adrenalina al 2 % con l'aggiunta di solfato di potassio al 0,4 % e cloruro di sodio al 0,7 % e gli insuccessi si riducono ad un minimo (10 % nei casi degli Aa.). Tale anestesia è applicabile anche sotto i 16 anni e fu eseguita dagli Aa. a bambini senza alcuna conseguenza, mettendo naturalmente in rapporto la quantità della sostanza adoperata col peso del corpo. Non solo le grandi operazioni su tutti gli organi della cavità addominale si prestano per l'anestesia splancnica, ma anche l'intervento per una peritonite acuta grave (peritoniti da perforazione).

BIBLIOGRAFIA.

1. M. KAPPIS. *Sensibilità ed anestesia locale nella chirurgia della cavità addominale con speciale riguardo sull'anestesia splancnica.* « Brun's Beiträge », 1919, vol. CXV, pag. 161.
2. H. WENDLING. *Anestesia dei nervi splancnici con l'anestesia regionale negli interventi sullo stomaco e della cavità addominale superiore.* « Brun's Beiträge », 1918, vol. CX, pag. 517.
3. TH. NAEGELI. *Anestesia splancnica negli interventi chirurgici e nelle affezioni dolorose della cavità addominale.* «Zentralblatt f. Chir.», 1919, n. 37, pag. 749.
4. W. DENK. *Esperienze con l'anestesia splancnica di Kappis.* «Wiener Klin. Wochenschrift». 1919, n. 41, pag. 999.

BLUEH.

L'anestesia splancnica nella chirurgia addominale.

(HOFFMANN. *Zentralblatt f. Chirurgie,* 1920, n. 3).

Secondo l'A. il metodo di Kappis, che mette fuori d'azione in una maniera molto semplice lo splancnico ed aggiunge l'anestesia contemporanea della parete addominale (anestesia regionale o di conduttibilità), ottenendo una anestesia abbondante della cavità addominale, è capace di sostituire la narcosi generale specialmente nelle operazioni della cavità addominale superiore. L'adoperò anche in grandi interventi chirurgici e trova proprio mirabile il grado di spostamento, al quale si può arrivare dislocando lo stomaco, il duodeno, le vie biliari, senza produrre dolore all'ammalato. Nel caso di vaste aderenze flogistiche degli organi colla parete addominale posteriore, l'anestesia non fu sempre completa: cosa frequente nei processi infiammatori anche in altri punti del corpo. In questi casi bastavano alcune goccie di etere per tranquillizzare l'ammalato, in molti casi i malati si addormentarono temporaneamente, russando in modo profondo.

La preparazione dei pazienti era l'usuale: la sera precedente 1,0 veronal, 1-1 1/2 ora prima dell'operazione 0,02 pantopon e 0,0002-0,0003 scopolamina.

Nella tecnica l'A. differisce solo nei seguenti due punti da Kappis:

1. Per l'anestesia splancnica d'una parte sceglie solamente un punto d'iniezione subito sotto la XII costola, 3-4 dita trasverse dalla linea delle apofisi spinose, giacchè gli esperimenti sul cadavere dimostrarono anche in questo caso una vasta infiltrazione dell'anestetico nel tessuto retroperitoneale. Secondo una recente comunicazione anche Naegeli agisce in questo modo.

2. L'A. adopera solamente una soluzione di novocaina al 1/2 % coll'aggiunta di solfato di potassio da lui consigliato, 40-50 cm. cubi per ogni parte nell'adulto. Novocaina 0,05, soluzione di solfato di potassio (2 %) 20,0, soluzione di cloruro di sodio (0,9 %) ad 100,0, soluzione di cloridrato di adrenalina (1 ‰) goccie 12.

Le osservazioni dell'A. riguardo la pressione sanguigna erano le seguenti: se l'anestesia splancnica precedeva l'anestesia della parete addominale, in una serie di casi la pressione sanguigna si abbassò di 3 a 20 mm. di mercurio (Riva-Rocci); in altri restò invariata.

Procedendo inversamente, la pressione sanguigna aumentò leggermente in qualche caso. La frequenza del polso aumentò qualche volta di 4 a 12 pulsazioni (solo in un caso di 32). All'infuori d'un leggiero stimolo al vomito, del quale non si può accusare soltanto l'anestesia splancnica, non furono osservati altri disturbi.

L'A. tiene l'anestesia splancnica secondo Kappis per una grande conquista della chirurgia addominale. Al metodo di Wendling, che raggiunge lo splancnico dall'avanti, oltrepassando la cavità addominale, non si potè però decidere.

BLUEH.

Aggiunte alla tecnica dell'anestesia splancnica.

(KAPPIS: *Zentralblatt f. Chirurgie,* 1920, n. 5).

Braun parla nella nuova edizione del suo libro sulle anestesie locali di un nuovo metodo dell'anestesia splancnica con iniezioni praticate attraverso le parti anteriori dopo l'apertura della cavità addominale. Penetra lungo la faccia epatica inferiore ed inietta all'altezza della prima vertebra lombare 50 cm. cubi di soluzione di novocaina-soprarenina al 1/2 % da ciascuna parte

dell'aorta, oppure 100 cm. cubi, se l'iniezione si fa soltanto da una parte.

Questo metodo ha l'inconveniente, che la penetrazione nella cavità addominale e le altre manovre dell'iniezione sono fino all'effetto della novocaina molto dolorose e si possono praticare soltanto a pazienti molto tranquilli, negli altri casi bisogna aiutarsi con brevi narcosi generali. Ma il metodo di Braun mette in evidenza il valore dell'anestesia splancnica in un modo speciale, giacchè subito dopo l'iniezione si ha un'anestesia completa di tutto il peritoneo viscerale in corrispondenza delle zone di innervazione dello splancnico.

Queste esperienze di Braun indussero l'A. a qualche variazione del suo metodo, col quale raggiunge gli splancnici dal dorso. L'A. inietta ora, come Braun, in un solo punto, da ciascuna parte, 40-50 cm. cubi di novocaina-soprarenina al 1/2 %. Il punto d'ingresso è quello sotto la 12ª costa, già ripetutamente descritto, dal quale si giunge nella maniera già indicata ai lati della colonna vertebrale. Qui l'A. inietta circa 20 cm. cubi, va poi colla punta dell'ago lungo la colonna vertebrale 3 cm. in alto ed inietta qui altri 20 cm. cubi, poi penetra 2 cm. in basso ed inietta 10 cm. cubi. Così distribuisce la soluzione in tutto il rispettivo territorio lungo la colonna vertebrale e specialmente nelle parti alte, per giungere sicuramente alla regione d'entrata degli splancnici ed alla loro prima diramazione. Prima dell'iniezione si controlla di non essere penetrati in un vaso sanguigno.

L'A. consiglia di fare l'iniezione 1/4-1/2 cm. lateralmente dalla colonna vertebrale, perchè ha l'impressione, che il liquido si estenda da questo punto più presto e più ampiamente e raggiunga anche i rami comunicanti dei tre nervi lombari superiori, cosicchè questi non esigono più un'iniezione separata. Se per caso l'anestesia non fosse completa, si può — aperta la cavità addominale — praticare un'iniezione secondo Braun.

BLUEH.

MEDICINA.

Moderne vedute sul trattamento della polmonite.

(SOLIS CHOEN. *Journal of the Am. med. Assoc.*, 6 dicembre 1919).

Di tutti i medicamenti finora tentati per la cura della pulmonite tre soli si sono dimostrati veramente efficaci: il chinino, l'estratto di ipofisi, la digitale. La cura della pulmonite si basa attualmente sull'uso accorto di questi tre farmaci, oltre beninteso le note norme igieniche e l'impiego di altri medicamenti sussidiari da adoperarsi secondo le circostanze, quali l'ossigeno, l'atropina, la canfora, il muschio, la stricnina, ecc.

Il chinino non si adopera allo scopo di abbassare la temperatura, ma contro i batteri, i veleni prodotti da batteri e dall'organismo stesso. L'abbassamento della temperatura è un effetto terapeuticamente secondario, ma costituisce un indice del potere farmacodinamico del chinino.

La curva quindi della temperatura va tenuta presente per regolare la quantità e la frequenza della somministrazione del farmaco. In genere quando la temperatura tre ore dopo la somministrazione del chinino si riduce a 39° o meno si può essere certi che la quantità data è sufficiente. La tendenza della temperatura a rialzarsi costituisce una indicazione per continuare o aumentare la somministrazione. Numerose osservazioni dimostrano che il chinino è più efficace nelle forme dovute a pneumococco che in quelle dovute a streptococco.

Il sale di chinino da somministrarsi per bocca è il bibromidrato; per iniezione intramuscolare è il bicloridrato di chinino ed urea; per iniezione endovenosa il bicloridrato. Sono necessarie dosi massime. Quanto maggiore è la quantità di chinino che può prendersi nelle prime ventiquattro ore, tanto maggiori sono le possibilità di guarigione. Per bocca si comincia a dare dapprima uno o due grammi, e più tardi da 30 a 60 cg. secondo gli effetti, ogni tre o quattro ore. Anche quando la temperatura si abbassa di molto non conviene allarmarsi a meno che non vi siano gravi sintomi di avvelenamento (sudorazione profusa, ambliopia, ronzio alle orecchie). Del resto i pneumonitici tollerano il chinino meglio dei sani, il che prova la sua virtù antitossica in detti pazienti.

Per iniezione intramuscolare si può somministrare un grammo di chinino ogni tre ore fino a quando la temperatura non si ferma a 39°. Buoni risultati si ottengono facendo ogni giorno una iniezione di un grammo e mezzo e poi continuando la somministrazione per os nei modi indicati.

Per via endovenosa si può iniettare un grammo di bicloridrato di chinino in 100 cmc. di soluzione fisiologica. Si può avere la reazione neutra con l'uso di fosfato mono e disodico nelle proporzioni fisiologiche. Raramente è necessario ripetere la iniezione endovenosa: di solito la temperatura si abbassa al normale per risalire dopo qualche giorno.

La soluzione di ipofisi è adoperata per tener su la pressione vasale e prevenire la paralisi gastro-intestinale. Gibson osservò che nella pulmonite lobare acuta la prognosi è grave quando

la pressione vasale si abbassa fino al punto che il numero dei millimetri di mercurio è inferiore al numero dei battiti del polso. Questa coincidenza aritmetica è puramente accidentale, ma è molto utile in pratica. La depressione del vigore vasomotorio ha un significato notevole. L'estratto della porzione posteriore della glandula ipofisi ha sugli altri medicamenti analoghi (atropina, cocaina, ergotina, epirifina) il vantaggio della intensità di azione e della durata degli effetti. Oltre a ciò essa previene la dilatazione stomacale ed intestinale. Di regola si inietta 1 cmc. di estratto del corpo posteriore dell'ipofisi ogni tre ore, fino a quando la pressione vasale si solleva di tanto che il numero dei millimetri di mercurio è superiore a quello dei battiti del polso, e si continua nell'uso in modo da far rimanere costante questa proporzione. Nei casi gravi le iniezioni di estratto di ipofisi si possono alternare con iniezioni di eserina.

La benefica azione della digitale nella pulmonite è nota da qualche tempo, ma finora non è ancora noto il meccanismo di azione di questo farmaco sul detto processo morboso.

È probabile che per la sua azione sul cuore essa modifichi beneficamente la circolazione, ma non è dubbio che oltre questa la digitale spiega nel processo pneumonico un'altra azione, la cui interpretazione sarebbe arrischiata. Comunque come per il chinino è la temperatura, per l'estratto di ipofisi è la pressione sistolica, per la digitale l'indice della attività farmacodinamica è data dalla frequenza respiratoria e dalla pressione diastolica.

La digitale in principio deve essere data a piccole dosi: 5 goccie di buona tintura ogni tre ore. Se la pratica dimostra che il paziente è sensibile all'azione della digitale, nel senso che la frequenza respiratoria e la pressione diastolica migliorano, allora si ricorrerà alle iniezioni ipodermiche da ripetersi ogni quattro ore.

dr.

NEUROLOGIA.

La teoria di Quincke sulle nevralgie.

(ALEXANDER. *Deutsche Med. Workenschrift*, anno XLV, fasc. 39).

L'agente morboso della nevralgia non è noto. Si ritiene che la causa sia un processo risolubile su base vasomotoria.

Secondo Quinche la nevralgia presenta le stesse alterazioni nel connettivo del nervo come l'orticaria e l'edema acuto circoscritto nella cute. Lo stesso vale per le mialgie.

Per questa teoria parlano: l'accesso in forma parossistica e la mancanza di alterazioni cliniche e anatomiche. Essa riescirebbe a spiegare pure i casi con sintomi degenerativi.

Contro questa teoria parlano i seguenti fatti: secondo le esperienze cliniche tutti gli edemi decorrono senza dolori, quando non siano complicati a nevriti o processi flogistici locali (nefriti, edemi da stasi, ascessi, flebiti). Anzi la stasi di Bier diminuisce la dolorabilità per l'infiltrazione serosa dei tessuti. Lo stesso vale per le iniezioni del Lange e l'anestesia di Shleich. Nella meningite spinale serosa circoscritta la nevralgia va ascritta ad una componente flogistica. Così pure le ricerche anatomiche e sperimentali del Klippel non convalidano un nesso casuale tra edema e nevralgia. Inoltre la nevralgia è frequente, l'edema acuto è raro. Solo di rado sono concomitanti. Alla nevralgia del trigemino e nell'emicrania l'edema va ascritto a turbe del simpatico. Così pure gli edemi in seguito a lesioni meccaniche dei nervi. Gli edemi delle polinevriti dell'herpes zoster e delle affezioni del midollo spinale sono sintomatici. Sono pure differenti l'eziologia delle due affezioni e l'età preferita in cui sogliono insorgere. Questa teoria non riesce nemmeno a conciliarci il dolore costante di certe nevralgie. L'edema acuto è di solito indoloro. Quando in casi atipici esso è congiunto a nevrosi vasomotorie, il dolore è diffuso intorno all'edema e non corrisponde mai al distretto d'innervazione d'un nervo o d'una radice. La sciatica non dà nevralgie cutanee. La nevralgia attacca sempre lo stesso nervo, l'edema usa migrare. Queste obbiezioni valgono pure per l'applicazione della teoria alle mialgie. Nei due casi del Cassierer di edema della cute la concomitante infiltrazione sierosa dei muscoli era dovuta a turbe vasomotorio-trofiche. Bisognerebbe trovare dei casi puri, in cui l'edema insorge contemporaneamente nel muscolo e nella cute.

Per tutte queste ragioni l'autore dichiara che la teoria di Quincke va rifiutata.

R. Pr.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Accademia medica di Genova.

Presidente prof. TRAMBUSTI.

Seduta del giorno 9 febbraio 1920.

Tromboflebite settica del seno.

V. DE CIGNA. — L'A. illustra un caso da lui operato e guarito di tromboflebite settica del seno laterale.

Discute la opportunità della allacciatura della giugulare interna in questa forma morbosa.

Trattamento operatorio della lussazione riducibile dell'anca.

DARIO MARAGLIANO. (Patologia chirurgica). — L'A. riferisce di un nuovo procedimento operatorio personale per la cura della lussazione riducibile dell'anca per cui si viene a creare un punto di appoggio nuovo nel bacino per mezzo di un innesto osteoperiostale. Presenta un bambino così operato e guarito.

Il cuore nel lavoro muscolare.

A. BARLOCCO. (Clinica medica). — L'A. riferisce sulle modificazioni circolatorie nel sano e in alcune condizioni morbose successive a lavoro muscolare dimostrando e insistendo specialmente sulla importanza della distinzione tra soggetti vagotonici e simpaticotonici.

Sulla eteroproteinterapia.

CORINALDESI. (Clinica medica). — L'A. riferisce sull'azione del latte e di altre sostanze proteiniche introdotte per via paraenterica dimostrando la importanza della loro azione dal punto di vista immunitario. *m. s.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Eredosifilide e infezioni acute.

Hutinel e Nadal (*Paris médical*, 1919, n. 49) osservano che la sifilide ereditaria permette più dell'acquisita di constatare l'influsso che su questa infezione cronica esplicano eventuali infezioni acute intercorrenti; influsso, che è però meno notevole che in altre infezioni croniche, ad esempio malaria e tubercolosi.

Gli autori riportano cinque casi. Nel primo, tre settimane dopo l'inizio d'una rosolia, insorge lentamente un'emiplegia cerebrale e si accentano fatti clinici e distrotici, che fermano l'attenzione sulla lue ereditaria; nel secondo, dopo influenza con lieve nefrite, esplodono gravi fatti cerebrali a tipo convulsivo e comatoso che la R. W. e l'efficacia della cura specifica dimostrano d'origine sicuramente sifilitica; nel terzo, qualche giorno dopo una semplice angina, insorge encefalite con emorragia meningea, R. W. positiva e guarigione coi mercuriali; nel quarto, ad un ittero dei neonati segue una meningite cerebrospinale meningococcica bloccata, che vien guarita con iniezioni intrarachidee ed intraventricolari di siero, ma residua un idrocefalo con R. W. positiva nel liquor, il quale a sua volta beneficia alquanto dalla terapia antiluetica; nell'ultimo caso, una febbre tifoide in eredoluetico fa comparire fenomeni meningei, che cedono alla cura specifica.

Nell'età infantile, in cui rare sono le altre cause sclerosanti che riscontriamo nell'adulto, la sifilide rappresenta il fattore precipuo delle sclerosi encefalitiche e viscerali in genere, anche se esiste una causa banale od infettiva, che ne rappresenti il punto di partenza.

Così dicasi delle sclerosi polmonari con bronchiettasie, delle estese aderenze pleuriche con retazione e deformità toracica, delle mediastiniti con sinfisi pericardica, ecc. Le nefriti, negli eredoluetici, compaiono con grande facilità, per influenze banali e spesso quasi insignificanti, quasi che il rene abbia subìto una sensibilizzazione, per opera del treponema; esse durano eterne, a gettate successive, fino a condurre ad una minacciosa insufficienza renale.

Così dicasi ancora delle anemie, delle alterazioni ossee (basti pensare alla partecipazione frequente della lue nella patogenesi del rachitismo) e infine delle alterazioni delle ghiandole endocrine. La sifilide colpisce queste ghiandole assai sovente, in forma parcellare, poco profonda, sì da generar piuttosto distrofie attenuate, come le varie forme d'ipotiroidismo; ma, poichè sovente colpisce varie ghiandole a un tempo, si hanno per lo più negli eredoluetici sindromi plurighiandolari.

Tutte queste lesioni a tipo sclerotico dei vari visceri e sistemi hanno i caratteri fondamentali delle alterazioni eredoluetiche: le pareti vasali, più o meno ispessite, sono infiltrate di linfociti e treponemi, che si dispongono a cordoni o a manicotti attorno alle arteriole, donde poi s'infiltrano negli interstizi degli elementi nobili, alterandoli e soffocandoli. Si ha in seguito l'organizzazione connettivale e la conseguente sclerosi.

RUSCA.

La diagnosi precoce nel morbo di Pott.

I grandi sintomi, che spesso appaiono uno dopo l'altro, sono la contrattura, i dolori irradiati, la gibbosità dolorosa, la reazione midollare.

Assai precoce e spesso rivelatrice è la *contrattura,* che si estrinseca con una certa rigidezza, anche quando il fanciullo è vestito, si scopre meglio a nudo, facendo eseguire i movimenti, che contribuiscono a provocare l'oscillamento del tronco (camminare in linea retta, a zig-zag, ecc.). Si vede che il fanciullo si muove tutto d'un pezzo: la rigidezza è maggiore in certe regioni del rachide (dorsale o lombare, percettibile specialmente quando l'ammalato gira su se stesso).

L'immobilità può essere facilmente percepita nei movimenti provocati, che si eseguiscono dapprima lentamente e dolcemente, poi più rapidamente. Si percepirà una resistenza, più o meno grande, talora anche in un unico movimento, specialmente nella flessione del tronco da destra a sinistra, quando, all'inizio della malattia, la lesione risiede da uno dei lati delle facce articolari. Il paziente stenta a passare dalla posizione orizzontale alla verticale, senza l'aiuto delle mani; quando sta seduto, per mettersi in piedi, si appoggia ai lati della sedia: per raccogliere un oggetto da terra, si curva con titubanza, a scatti, si risolleva penosamente appoggiandosi anche con le mani alle anche ad alle coscie.

I *dolori irradiati* sono spesso assai precoci (Mayet, *Journ. d. Praticiens,* 1919, n. 33-34); si osservano alla regione cervicale, scapolare, toracica, addominale, negli arti inferiori; si esagerano con la stanchezza e nella posizione eretta. La loro presenza deve spingere alla ricerca di altri sintomi. La rachialgia è sempre accompagnata da contratture e da un dolore profondo alla pressione o percussione di apofisi spinose.

La *gibbosità* non è costante: interessa parecchie vertebre, una o due delle quali formano il vertice.

Come diagnosi differenziale occorre tener presente: *a)* il torcicollo congenito (abitudine viziata di un solo lato, mobilità agevole in tutti gli altri sensi); *b)* il torcicollo reumatico (inizio acuto, esito in guarigione, facile recidiva); *c)* l'artrite cervicale acuta (inizio acuto, intensità del dolore, contrattura violenta).

Nel tipo di morbo di Pott a contrattura, non si deve equivocare con stati reumatici, fenomeni midollari e centrali, postumi di infezione.

Le placche di meningite spinale, le affezioni midollari, i tumori del midollo spinale possono anche provocare radialgie intense. La diagnosi si fa con la minuziosa ricerca della mobilità vertebrale.

Nei bambini piccoli, si ricerca il morbo di Pott sollevando il bambino stesso: esso si tiene piegato in due e grida se si tenta di tenerlo ritto.

Prezioso ausilio per una diagnosi precoce è anche la radiografia. *r.s.*

I vomiti nel lattante.

A. B. Marfan (*Le Nourrisson,* 1919) distingue i vomiti del lattante in accidentali, abituali, con o senza lesione pilorica, e ciclici, recidivanti, con acetonemia.

Vomiti accidentali. — Si osservano all'inizio degli stati febbrili, nelle forme cerebrali e meningee, nelle intossicazioni, nelle affezioni delle vie respiratorie, nelle affezioni intestinali; possono avere origine gastrica ed accompagnare le diarree. Oltre al vomito propriamente detto, si osservano nel lattante il rigurgito abituale, il singhiozzo frequente e l'eccesso di bava.

Il rigurgito abituale deve ritenersi come indice di iperalimentazione, a cui terranno dietro ben presto sintomi morbosi come vomito e diarree. La frequenza maggiore, con cui lo si osserva nei bambini allevati al seno, è da attribuirsi al fatto che questi tollerano più a lungo l'iperalimentazione anzichè i bambini ad allattamento artificiale.

Il singhiozzo frequente sarebbe una specie di eruttazione pilorica, dovuto al passaggio d'aria attraverso il piloro; esso sarebbe indice di un relativo sovraccarimento gastrico.

L'eccesso di bava può dipendere da ostruzione nasale o retronasale (corizza, adenoidi) oppure essere esponente di iperalimentazione.

Vomiti abituali. — Sono da considerarsi tali quei vomiti in cui non si può dimostrare l'esistenza di una lesione primitiva dello stomaco e del piloro. Essi si ripetono dopo un pasto, per un periodo lungo di settimane o mesi.

I disturbi digestivi concomitanti consistono o in una lieve diarrea che insorge ad intervalli, o in periodi, anche lunghi, di stipsi più o meno ostinata.

Quest'ultima forma viene ritenuta da taluno una malattia a sè (malattia spasmodica o spasmo del piloro) mentre invece le due forme non rappresentano che una sola malattia, in cui l'esame radioscopico esclude la presenza di occlusione pilorica.

La malattia colpisce specialmente i bambini con ipereccitabilità nervosa, che si manifesta con grida, agitazione, sonno breve e leggero, ipertonia muscolare.

L'esito è favorevole nei bambini allattati al seno con forme spasmodiche di breve durata; è invece sfavorevole in quelli tenuti ad allattamento artificiale, con fasi spasmodiche lunghe e frequenti.

La morte sopravviene per atrepsia o complicazione (diarrea coleriforme, piodermite, broncopolmonite).

Nel succo gastrico, si rileva la presenza di un eccesso di acidi di fermentazione e di muco.

Per quanto riguarda l'eziologia, l'aerofagia interviene soltanto come causa occasionale: il fattore più importante è invece il disturbo nervoso, l'ipereccitabilità della mucosa gastrica, che si manifesta dopo ogni pasto con tendenza al vomito. La sovraalimentazione, l'ingestione di latte irritante possono agire come causa occasionale.

Trattasi quasi sempre di bambini neuropatici, figli di neuropatici, spesso sifilitici in cui il trattamento specifico può dare risultati sorprendenti.

fil.

I risultati dell'allattamento artificiale.

L'allattamento artificiale è, per fortuna, relativamente meno diffuso da noi che in altri paesi. Nelle stesse città industriali, dove la donna che partecipando alla vita industriale, è sottratta alla casa ed ai figli, la percentule dei bambini allevati artificialmente è abbastanza bassa (5 % a Milano, 5-10 % a Roma, 22-27 % a Torino).

Per quanto esso non vada affato incoraggiato, e purtroppo talvolta i dispensari di latte, se diretti male, possono sortire tale effetto, non v'ha dubbio che esso in certe condizioni si renda necessario, sia fra i privati, sia nei brefotrofi per la difficoltà di trovare un numero adeguato di nutrici.

A. Borrino (*Pediatria*, dic. 1919) ha studiato al Consultorio dei lattanti, annesso alla Clinica pediatrica di Torino, quali risultati dia l'applicazione pratica dell'allattamento artificiale sotto la dirigenza del pediatra. Risulta dall'esperienza dell'autrice che è più vantaggioso far preparare il latte dalle stesse madri, anzichè fornirlo a loro già preparato dallo stesso dispensario. Si rende però necessaria una più attiva cooperazione del pediatra, che deve insistere sulla tecnica di preparazione del latte, che per tanto viene manipolato con maggiore esattezza.

La razione alimentare quotidiana viene calcolata sui tre elementi: peso somatico, età del bambino, reazione individuale (appetito, alvo, turgore, psiche, ecc.). Il numero dei pasti consigliato è in media di 5 nelle 24 ore: si prescrive, quando è possibile, la sostituzione del cucchiaino al poppatoio. Dal settimo mese in poi si inizia gradatamente la sostituzione del latte con pappa preparata con farine naturali, escludendo in modo assoluto le farine preparate in scatole.

L'A. ha classificato i risultati ottenuti in *eccellenti e buoni* (peso a 6 mesi 6000 gr.; a 12, 9500; accrescimento regolare, disturbato talora nel secondo semestre da malattie intercorrenti, da scarsa tolleranza dei primi cibi diversi dal latte), *mediocri* (pesi inferiori ai valori medi di Camerer, accrescimento irregolare), *cattivi* (peso molto inferiore ai valori medi, atrofia, anemia, rachitismo).

Si sono avuti risultati buoni nel 43 %, mediocri nel 36 %, cattivi nel 19 %; tali cifre sono risultate per l'allattamento materno, rispettivamente di 70, 19 e 9 %.

L'età iniziale dell'allattamento artificiale sembra indifferente per il risultato finale; anzi si può dire che quanto più precocemente sono stati presentati i bambini, tanto migliori sono stati i risultati; ciò che si spiega col fatto che, in tali casi, la madre riceve più presto i consigli del pediatra e può evitare fatali errori.

L'allattamento artificiale va poi accuratamente e continuamente sorvegliato; la maggior parte dei risultati cattivi si è osservata per i bambini che venivano portati al Consultorio ad intervalli irregolari e lunghi.

In complesso però il 43 % di risultati buoni costituisce una percentuale abbastanza elevata, e dimostra che la continua assistenza del pediatra, la lotta quotidiana contro l'ignoranza ed il pregiudizio possono in gran parte controbilanciare l'inevitabile inferiorità dell'allattamento artificiale.

fil.

Trattamento del morbillo.

Deve essere puramente aspettante nei casi lievi.

Si prescriva il riposo a letto in camera aerata e ben riscaldata, evitando l'illuminazione troppo intensa. Si dia dieta prevalentemente liquida (latte, biscotti inzuppati, semolino, pappe, succhi di frutta).

Prima che si inizi l'eruzione, è consigliabile somministrare un abbondante decotto caldo (fiori di tiglio): se l'esantema ritarda, è utile il bagno caldo.

Antisepsi del naso con vaselina all'acido borico od alla resorcina (1:30), della bocca, con lavande al borace (una punta di coltello in un bicchiere d'acqua). Per la forte infiammazione congiuntivale, impacchi con acetato di piombo (un cucchiaino in un litro di acqua fredda).

Contro la tosse tormentosa, prescrivere il fosfato di codeina (3 cg./100 gr. di acqua nel 1° anno; 10 cg./100 gr. di acqua a 5 anni): tre volte al giorno 5-10 gr.

In caso di raucedine accentuata, pseudocroup o stenosi laringea, ricorrere alle inalazioni, o almeno umidificare l'aria, sospendendo panni bagnati presso la stufa; se vi è sospetto di difterite, iniezione di siero antidifterico. Lasciare i bambini

a letto per otto giorni dopo la caduta della febbre, ed in caso di convalescenza stentata e residui ostinati di catarro, consigliare il soggiorno in campagna. — (*Pediatria,* genn. 1920).

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1102) *Trattati di radiodiagnostica e radioterapia.* — Ai dottori R. R. di Arquata e T. D. S. di Ascoli Piceno.

Suggeriamo: VALOBRA: Radiodiagnostica e radioterapia. (Unione Tipografico Editrice Torinese);

MIGNACCA: Radiodiagnostica (Soc. Editrice Libraria);

KIENBECK: Radioterapia (Traduzione Soc. Editrice Libraria);

MANGINELLI: Lo stomaco e l'intestino ai Raggi X. (Amministrazione del « Policlinico »);

BERTO e GIAVEDONI: (Società Editrice Libraria);

ALBERS-SCHOENBERG: La tecnica dei raggi X. (Traduz. Soc. Ed. Libraria).

P. ALESSANDRINI.

(1103) All'abb. n. 9629. Suggeriamo:

J. MINDES. *Incompatibilità medicamentose...* (traduz.). Milano, Società Editrice Libraria, 1912.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

R. BING. *Kompendium der topichen Geehirn- und Ruckenmarksdiagnostik.* — Prezzo marchi 16. Editori Urban e Sckwarzenberg. Berlino - Vienna.

E' un manuale di anatomia clinica dei centri nervosi molto raccomandabile per la sua precisione e chiarezza. Le localizzazioni nervose sono state meglio precisate dalla pratica di guerra. Il libro di Bing costituisce quanto di più completo si sia pubblicato al riguardo. Numerose, nitide illustrazioni aumentano i pregi del libro.

dr.

ATHANASSIO - BENISTY. *Les lésions des nerfs.* — Prezzo L. 7.00. Editore Masson et. C. Parigi.

Le pubblicazioni su questo argomento sono state numerose durante la guerra, ed il presente volume dell'Athanassio - Benisty non è che un riassunto di altri volumi della stessa autrice sulla diagnosi e la cura delle lesioni dei nervi periferici.

dr.

H. PIOUFFLE. *Les psicoses cocaïniques.* — Editori A. Maloine et fils. Parigi.

Il volume del Piouffle costituisce una delle pubblicazioni più complete sul cocainismo, la cui diffusione va assumendo le proporzioni di un vero pericolo sociale. L'avvelenamento cocainico era per lo passato una rarità, ora è comune. Il medico pratico non può più disinteressarsene, deve conoscere esattamente la sintomatologia e la terapia. Il libro del Piouffle può esere molto utile al riguardo.

dr.

VARIA.

La bromatoterapia. — Fra i numerosi germi, che penetrano nelle vie digestive, ve ne sono ben pochi che finiscono per fissarvisi definitivamente; il fatto che tanti microrganismi vengono distrutti deve spronarci a scoprire il meccanismo che impedisce la loro sopravvivenza.

Contrariamente all'opinione corrente, la flora batterica delle vie digerenti non è affatto quella degli alimenti che consumiamo, sebbene dipenda dalla qualità di questi. Così nei poppanti, con il regime ricco di idrati di carbonio, si insedia nell'intestino il *B. bifidus*; man mano che il regime si modifica con l'età, si vede predominare il *Bacterium coli,* che a preferenza degli altri, può vivere bene in ambienti con o senza idrati di carbonio. Le notevoli qualità di adattamento di questo gruppo di batteri spiegano il perchè essi costituiscano il 60 % della flora fecale vitale.

La bromato terapia, che tenta di utilizzare l'alimentazione a scopo terapeutico, può dunque studiare il modo di mettere l'intestino in condizioni tali da distruggere o lasciar sopravvivere un determinato gruppo di batteri.

Un determinato regime, mantenuto abbastanza a lungo, può, oltre che modificare la flora intestinale, cambiare il carattere dei prodotti del memetabolismo. (Kendall, rif. in *Bull. de l'Office int. d'hygiène publ.,* giugno 1919). È noto così che il bacillo difterico coltivato in mezzi contenenti idrati di carbonio non produce tossine: è lecito quindi supporre che si possa distruggere od attenuare la tossicità di determinati germi introdotti nell'intestino, per mezzo di un'alimentazione adatta.

Naturalmente un impianto di batteri nell'intestino esige la conoscenza esatta delle reazioni chimiche dei prodotti metabolici dei batteri con regimi alimentari differenti. È probabile che con ulteriori studi in questo campo, si possano raggiungere risultati pratici.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici e l'ora presente.

Con il luglio 1914 è finita per l'umanità la vita facile, scrisse G. Ferrero allo scoppio della guerra europea. Facile profezia, che si è avverata in tutta la sua oscura minaccia. Allora noi non sapevamo che la vita fosse facile, oggi sappiamo quanto potese essere più difficile. Non v'ha bisogno di grande preparazione politico-sociale per comprendere che il momento attuale è gravido di pericoli. La vita è sentita come qualcosa di provvisorio; come una malattia che si aggrava a forza di rimedi; come una fatica senza ricompense.

Molte ore buie la nostra generazione ha vissute, ma nessuna più oscura dell'ora presente. Noi abbiamo provate tutte le trepidazioni, tutte le angoscie di una guerra lunga ed incerta, abbiamo assaporata tutta l'amarezza della sconfitta. Ma la fede nella giustizia della nostra causa ci sosteneva e sapevamo che la sconfitta covava in sè stessa i germi della riscossa. Lo stato d'animo che culminò nella crisi di Caporetto si capovolse e ci dette il Piave. Oggi la coscienza nazionale pare vada preparandosi ad un'altra catastrofe, ben più grave di un disastro militare perchè meno rapidamente riparabile. L'anima italiana è così fatta che ha bisogno di raggiungere le infime bassure per sollevarsi alle più eccelse altezze. È un'anima in cui il giuoco delle azioni e delle reazioni raggiunge gli estremi. Ma se questo giuoco può assumere aspetti estetici nel campo militare e politico, può divenire estremamente pericoloso quando fosse sperimentato nel campo sociale. Gli è perciò che la situazione, anche senza volersi abbandonare a pessimismi paralizzanti, va considerata senza quell'eccessivo ottimismo, che fa perdere la visione della realtà e distoglie dalla ricerca dei mezzi preventivi e curativi. La situazione va veduta senza veli, considerata senza illusioni, affrontata senza esitazioni.

Gli stessi pericoli corrono tutti i popoli d'Europa. Dopo le sofferenze, le ansie, le rinunzie di cinque anni di guerra, per una naturale, se non ragionevole e conveniente reazione, l'umanità non è disposta che ai godimenti, alla gioia, alle pretese. Questa smania di vivere nel godimento dopo essere sfuggiti alla morte, dopo aver tanto dolorato genera un'inquietudine, un'irrequietezza, un'esasperazione. Tutti vogliono vivere con la stessa intensità, tutti vogliono gli stessi godimenti, tutti vogliono avere e nessuno vuol dare. Tutti vogliono assidersi al banchetto della vita, e tutti vogliono lo stesso spazio. La terra non è più sufficiente a mantenere l'umanità malgrado questa sia stata ridotta dall'enorme salasso. Tutti consumano di più. I ricchi non hanno rinunciato al loro lusso, i nuovi ricchi della guerra non vogliono essere da meno e sperperano le ricchezze accumulate rapidamente e senza fatica, i poveri non sono più rassegnati alla ingiustizia. Come dopo ogni grande cataclisma, dopo la guerra come dopo i terremoti, l'istinto sessuale si è acuito e raffinato quasi la natura voglia rifarsi per colmare i vuoti fatti dall'orgia di sangue. Il lusso, che è un esponente di sessualità, si è diffuso senza alcun freno. La incertezza stessa dell'avvenire allontana dall'economia e dal risparmio.

Il consumo di tutto è così aumentato, il consumo dei generi indispensabili come di quelli voluttuari, ed in proporzione molto superiore a quel che era prima del fatale luglio 1914. E questo fenomeno non ha ancora trovato il compenso della maggiore produzione, anzi questa è diminuita. Le otto ore di lavoro, gli scioperi a getto continuo hanno diminuito il rendimento del lavoro. Senza dire che la stessa incertezza delle condizioni politiche e sociali rende pavida e quindi paralizza ogni nuova attività industriale.

Questa situazione è comune a tutti i popoli europei ed accomuna in una sola sorte vinti e vincitori. Ma per l'Italia si presenta ancora più grave. L'Italia è un paese povero senza materie prime, senza carbone, il pane delle industrie, senza grano sufficiente per sfamare la propria popolazione. Le importazioni sono eccessivamente sproporzionate alle esportazioni. La industria del forestiere e l'emigrazione pareggiavano il nostro bilancio economico. Oggi i forestieri sono tenuti lontani dalle nostre bellezze naturali ed artistiche dagli incessanti torbidi politici artamente esagerati all'estero e la nostra corrente di emigrazione si è arrestata. L'eccesso di popolazione che costituiva la nostra ricchezza, forse l'unica vera nostra ricchezza, si è trasformata in un elemento di povertà. L'Italia si trova ora carica di uomini, che vogliono consumare troppo e produrre poco.

Se questo stato di cose non muta, il disastro è immancabile. Ed è ingenuo, quando non è disonesto, affermare, che i catastrofici mutamenti di regime possono essere un rimedio. Continuando così non si giungerà che a socializzare la fame.

Conviene che gli italiani trovino in un mutamento della propria condotta il rimedio a questa condizione insostenibile.

I medici che hanno tanto prestigio sulle masse, che per ragioni della loro professione penetrano nelle famiglie, avvicinano tante persone devono fare opera di persuasione e di suggestione.

Come dopo Caporetto oggi è necessaria l'opera loro. Allora furono chiamati a fare propaganda per la resistenza, oggi sono chiamati a farla per l'economia, per la parsimonia, per il lavoro.

Essi stessi devono dar l'esempio prescrivendo meno medicine, le sole indispensabili e solamente quelle nazionali. L'Italia acquista senza necessità molti farmaci dall'estero, il che contribuisce a inasprire i cambi.

I medici devono inoltre fare attiva propaganda contro l'eccessivo consumo del vino. Al riguardo le considerazioni igieniche si confondono con quelle economiche. L'Italia è la vera patria del vino. Relativamente alla sua superficie, la nostra penisola è il territorio dove si produce più uva che in tutto il resto del mondo. Eppure dei 40 milioni di ettolitri di vino che l'Italia produce solo un milione e mezzo vanno all'estero. Se la metà del nostro prodotto vinicolo fosse esportato si potrebbe contare su parecchi miliardi a sollievo dell'enorme nostro deficit economico. Invece il vino, se diserta le mense della media borghesia più preparata e disposta alle rinunzie, figura ancora preponderante nel bilancio degli operai. Questi malgrado l'attuale costo del vino non hanno rinunziato a berlo a tavola e fuori. Poco meno della metà del salario, se non più, viene consumato a tale scopo. Se i lavoratori e le loro famiglie bevessero meno vino troverebbero le attuali mercedi sufficienti al costo della vita e sarebbero evitati tanti scioperi, che provocando a loro volta nuovi rialzi, finiscono per determinare uno stato di agitazione perpetua.

Analoghe considerazioni vanno fatte per i ricchi a riguardo degli articoli di lusso. La maggior parte di questi vengono importati all'estero contribuendo alla crisi dei cambi, che è risentita da tutti, ricchi e poveri.

Vero è che attualmente bisognerebbe consumare il puro necessario. Non dovrebbe essere consumato tutto ciò che non è indispensabile sia esso importato o prodotto in patria.

Oltre a ciò i medici dovrebbero persuadere che solo nel lavoro è la salvezza. Se non si produce di più l'equilibrio non si può ristabilire. Finchè si continuerà a sperperare ed a non produrre si continuerà a vivere sui debiti, che lo Stato dovrà coprire con la emissione di prestiti e di carta moneta, con il conseguente rincaro dei prezzi.

Da questo circolo vizioso bisogna una buona volta uscire. E la salvezza non sta che nell'economia, la sicurezza di vivere non sta che nel lavoro, che è pure l'unica vera gioia della vita.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il Presidente della Federazione degli Ordini dei medici, prof. Luigi Silvagni, ha disposto che siano inviate, ai presidenti degli Ordini dei medici, copie a stampa dello *Schema di disegno di legge per le Assicurazioni obbligatorie contro le malattie,* e le ha accompagnate con una circolare di cui riportiamo alcune parti:

Nel partecipare ai nostri convegni medici, nel leggere giornali professionali e politici nei quali si discute il tema delle Assicurazioni obbligatorie, nelle conversazioni con i colleghi amici e conoscenti, io mi sono convinto che di questo, come di ogni altro grande argomento di pubblico interesse, si possono udire due forme di critica.

L'una è quella che direi di improvvisazione. E' facile leggendo ciò che si è voluto dalla Commisisone o nel tema dell'Assistenza sanitaria o in tutto il resto, è facile sostituire qua e là soluzioni o sostanzialmente o parzialmente diverse. Non è forse altrettanto facile conoscere quali sieno le migliori ragioni per preferire una soluzione all'altra tenuto conto di tutto il dibattito che da anni vi è su tale gravissima questione. Ad ogni modo noi abbiamo tenuto per fermo questo punto: che i medici accedevano al concetto di una Assicurazione obbligatoria contro le malattie non come se essi vi fossero trasportati da correnti nuove di politica sociale, ma a complemento di una lunga, antica e pertinace propaganda che i medici italiani avevano fatto da due decenni a questa parte in favore delle Assicurazioni obbligatorie e che concordemente avevano iniziata e condotta non per loro interesse di classe, ma per *migliorare e mutare le sorti di una assistenza medica domiciliare per la quale il benefico istituto della condotta medica era divenuto non più sufficiente, perchè troppo spesso mancante di ogni necessario presidio di cura; e per migliorare e mutare le sorti dell'assistenza ospedaliera, non più bastevole, nonostante il nostro primato in patrimonio di pubblica beneficenza, e sovratutto manchevole in troppe parti delle nostre regioni.*

Sicchè il problema delle Assicurazioni obbligatorie non si presentava e non si presenta ai medici come una semplice questione di mutamento di prestazione d'opera, la cui spesa sarà a carico di uno piuttosto che di altro, ma di mutamento che sia sovratutto aumento di efficacia dell'opera medica, opera che deve essere, s'intende, riconosciuta e compensata secondo diritto e dignità. Sicchè ognuna delle singole questioni che il progetto di legge affronta e risolve, deve essere considerata sotto questi due aspetti: miglioramento notevole della assistenza sanitaria come cura di malattia e come difesa della salute; elevazione morale, culturale ed economica del medico.

Se si terrà conto di questa che è indubbiamente questione di alto interesse pubblico e non di ristretta tutela di classe; se si riconoscerà, come già è stato affermato da persone molto competenti, che questo schema di legge della Commissione supera per previdenza di assistenza ogni altra disposizione legislativa già in vigore; se si terrà conto che uno dei fondamentali concetti

della legge è quello di fondere armonicamente insieme le assicurazioni sociali di malattia, di infortunio, di invalidità, di vecchiaia, ognuno si potrà convincere che ogni critica deve essere rivolta innanzi tutto a questi concetti di insieme, e, a meno di eliminarli tutti o in parte, a coordinare a tal fine anche le disposizioni riguardanti la prestazione dell'opera dei medici.

Ed infatti, questa è la seconda maniera di critica che si rivolge al progetto di legge, critica severa e ponderata e che appare piena di fondata esperienza quando vuole trasportare nella nuova legge italiana la regola o le regole già applicate e corrette nella legislazione sulle Assicurazioni vigenti negli altri Stati di Europa. Tuttavia, mi sia lecito affermare, per una mediocre conoscenza di queste legislazioni, dei loro pregi, dei loro difetti, e dei modi vari di accrescere i primi e di eliminare i secondi, che nemmeno questa critica appare del tutto giusta quando vuole senz'altro trapiantare qui regole che si afferma o si crede abbiano fatto buona prova. Perchè altra cosa è modificare metodi in uso, altra istituirli dalle fondamenta; diversa è la costituzione delle assicurazioni là dove la loro estensione sia limitata o molto ampia, come è in questo progetto nonostante le riserve fatte dal dottor Martinelli e da me. E poi sono da considerare per noi gli usi e le consuetudini locali, la istituzione della condotta medica, la diversa ricchezza e scarsità delle Opere ospedaliere nelle varie regioni d'Italia, il diverso addensamento della popolazione lavoratrice, il prevalere qua delle industrie, là dell'agricoltura; le condizioni varie di fertilità del terreno, la estensione di zone malariche, il prevalere di sistemi diversi di coltivazione e le plaghe di terreni incolti o poco coltivati per deficienze di strade e di vie di comunicazione; tutte condizioni queste che muteranno notevolmente nelle varie regioni la proporzione di assicurati e di assistiti rispetto alla popolazione generale e creeranno perciò limitazioni più o meno estese, e forse perfino in qualche luogo annullamento del libero esercizio della medicina presso gli abbienti non compresi nelle assicurazioni obbligatorie.

* * *

All'infuori delle discussioni sorte fra i sanitari (medici, farmacisti, levatrici) vi è sinora un solo organismo che ha preso parte, per quanto io so, a questo dibattito. Ed è stata la *Confederazione generale del Lavoro* nel convegno tenuto in Roma nei giorni 12, 13, 14 febbraio scorso. A questo convegno non mi fu dato di intervenire. Vi intervenne, invece, il dott. Martinelli e del convegno ha reso conto nel *Medico condotto* (n. 5-20 febbraio 1920). Egli parlò contro la deliberazione che pareva sostenuta da tutti, e che era contraria alla libera scelta del medico e alla rimunerazione dei medici a tariffa per visite. Il dott. Martinelli sostenne energicamente le buone ragioni delle norme da noi volute nella legge per le prestazioni dei medici. Il convegno di Roma non giunse per questa parte a conclusioni definitive. Il lungo Ordine del giorno (riportato con la discusisone nelle *Battaglie Sindacali*, 21 febbraio 1920), conteneva questo capoverso segnato col n. 6:

« *La retribuzione dei medici fiduciari delle Casse sarà stabilita con onorari fissi, calcolati possibilmente sulla base del numero degli assicurati affidati ale loro cure, escludendo categoricamente gli onorari corrispondenti al numero delle visite mediche previste nel progetto di legge. L'assistenza medica sarà affidata soltanto ai medici fiduciari delle Casse con conseguente esclusione della libera scelta che il progetto concede agli assicurati nella cura a mezzo dei medici liberi esercenti* ».

La Confederazione del Lavoro concluse a Roma di demandare ad un Comitato tecnico delle sue rappresentanze l'ulteriore discussione sulle Assicurazioin sociali. Questo nuovo convegno ha avuto luogo a Bologna nei giorni 28 e 29 febbraio. Cortesemente invitato dall'on. G. Bianchi della Confederazione del Lavoro, e Presidente del Convegno, io vi ho preso parte insieme al dott. Braccini, consigliere della nostra Federazione, e al dott. Ceramicola, vice presidente dell'A. N. M. C. Quando mi fu data la parola io la tenni lungamente con la deferente attenzione dei convenuti e discussi il proposto Ordine del giorno rilevando come questo avesse fondamento in due criteri: uno politico-sociale, l'altro dato dalla esperienza delle Assicurazioni nelle nostre terre redente.

Sul primo punto espressi la fiducia che un convegno che aveva per scopo la tutela dei diritti della classe lavoratrice avrebbe certamente tenuto conto dei giusti diritti della classe medica per quanto riguardava la loro legale rappresentanza negli organi costitutivi e deliberativi della legge stessa.

Sul secondo punto sostenni quanto fondate fossero le ragioni per la partecipazione dei liberi esercenti alla cura degli assicurati e degli assistiti nel nostro progetto di legge, e come per ragioni per noi ovvie non si potesse ammettere il pagamento dei medici a *forfait*, nemmeno col sistema della capitazione, ma doversi richiedere e concedere il pagamento delle visite con tariffa concordata con gli Ordini. Alle mie osservazioni si associò il dott. Ceramicola.

Mi rispose l'avv. Puecher rappresentante di Trieste facendo il raffronto tra il criterio di libera scelta del medico e quella dell'unico medico fiduciario, e mostrando quali erano, a suo avviso, i pericoli per le Casse di un compenso dei medici a tariffa. Tuttavia dichiarò che le considerazioni da me esposte dovevano essere tenute in grande considerazione prima di qualsiasi deliberazione.

L'on. Bianchi, che presiedeva, ha riassunto la discussione che sarà estesamente riferita sull'organo confederale, presentando quest'Ordine del giorno:

« *Il convegno tecnico per le assicurazioni sociali, indetto dalla Confederazione generale del Lavoro, a conclusione dei criteri e delle considerazioni del convegno di Roma e del convegno di Bologna, d'accordo con la Segreteria confederale, dà incarico all'avv. Puecher di riassumere in una serie di modifiche e di aggiunte i criteri e le proposte che sono emersi dalla discussione per migliorare lo schema di disegno di legge in modo che l'assicurazione contro malattia abbia a corrispondere alle esigenze della classe lavoratrice* ».

L'on. Bianchi a nome della Confederazione ha dichiarato che questa farà tesoro delle osservazioni dei rappresentanti dei medici, coi quali la massima organizzazione operaia vuole collaborare per la miglior riuscita dell'Assicurazione contro la malattia.

* * *

La nostra Federazione ha per ora fissato due modi di propaganda per ciò che siano le nostre aspirazioni.

Il nostro consigliere federale on. dott. Francesco Dore è provvisoriamente il presidente del Fascio medico parlamentare. A lui ho chiesto una convocazione del Fascio stesso innanzi al quale insieme al dott. Martinelli verranno esposti i desideri e i voti dei medici.

Per ragioni politiche i medici del Partito socialista ufficiale non appartengono al Fascio medico parlamentare. Ma per l'azione personale che ho svolto verso alcuni di loro credo che interverranno a questa riunione del Fascio indetto per l'unico obietto delle Assicurazioni obbligatorie. In pari tempo il senatore prof. Foà, che nel numeroso convegno medico di Torino dette largo appoggio alle mie parole, mi ha manifestato il desiderio, subito da me accolto, che nel convegno siano invitati anche i senatori medici.

Dopo questo convegno parlamentare, a seconda di quanto già dissi nella Circolare 17 dicembre, indirò in Roma una riunione di tutte le nostre rappresentanze, degli Ordini e delle Associazioni di categorie. Allora sarà possibile conoscere se e quali siano le modificazioni portate dal Governo al nostro progetto e, se è possibile, farò coincidere questo convegno con la discussione che del progetto si farà negli uffici della Camera Nel limite poi segnatomi da questi impegni mi metto nuovamente a disposizione degli Ordini per convegni provinciali o regionali.

* * *

Confido che gli Ordini tutti, accogliendo benevolmente queste mie parole, e la volenterosa opera data dalla Federazione allo studio di questo progetto di legge, vorranno portarlo come meglio credono a conoscenza dei singoli medici e provocare una chiara e dettagliata discussione critica del progetto stesso.

E mi sia consentito di rivolgere agli Ordini, e per loro mezzo, alla Associazione di categoria e ai medici tutti, un altro invito. Mi è avvenuto nei convegni ai quali ho partecipato, di dover chiarire un'altra questione. Nella tecnica di costituzione di leggi vi è una parte dispositiva che è messa nella legge stessa e una che è rimandata al regolamento.

Perciò molti troveranno apparenti lacune che dovranno essere colmate dal regolamento. Questa considerazione ha fatto sorgere il giusto desiderio che le nostre legali rappresentanze partecipino alla formazione del regolamento della legge. Io credo che ciò si possa ottenere. Ma mi sarebbe caro che sino da ora le nostre Associazioni discutessero e decidessero a chi debba essere affidata questa rappresentanza. Non sarà inopportuno evitare sino da ora ciò che è avvenuto per la nostra partecipazione alla Commissione che studiava il progetto di legge. Per due anni circa, da dopo che la Commissione era costituita, la Federazione ha reclamato il suo posto in essa. Solo un voto di Congresso (maggio 1919) rese possibile, a traverso non lievi difficoltà insorte, che la Federazione nostra avesse voce nella compilazione del progetto. Ma poi a parecchi parve anche questa una rappresentanza scarsa e se ne fece reclamo che quasi poteva svalutare l'opera del rappresentante della Federazione.

Sarà bene che questa volta la discussione sia fatta in tempo ed il mandato sia affidato in modo chiaro ed esplicito.

ATTI PARLAMENTARI.

Per le condotte mediche.

I deputati del Gruppo sanitario parlamentare hanno approvato un ordine del giorno col quale: « riconosciuta la necessità di disposizioni armoniche nell'ordinamento della condotta; visto che le pratiche finora esplicate dalle organizzazioni sanitarie per l'abolizione della condotta piena e per la concessione di equi miglioramenti che tolgano i sanitari alla dipendenza dei Comuni, dallo stato di inferiorità morale ed economica in cui si trovano attualmente, non hanno approdato ai provvedimenti desiderati; deliberano di portare a conoscenza del Ministero dell'interno i desiderati della classe medica e di invitarlo alla integrale applicazione della legge ».

L'ordine del giorno reca le firme degli on. Cirincione, Evoli, Capasso, Costa, Guaccero, Pezzullo, Bianchi, Ciocchi, Dore, Caminiti, Pietravalle, Baglioni, Colella, Mazzarella, Paparo, Anile, Sgobbo e Morisani.

CONDOTTE E CONCORSI.

LUGO (*Ravenna*). — A tutto il 20 aprile; medico primario del Comune; L. 10.000 lorde oltre l'indennità caro-viveri; dieci bienni del ventesimo. Età massima 39 anni.

MARANO SUL PANARO (*Modena*). — A tutto 15 aprile, condotte per due reparti; L. 6000 per i poveri e L. 2300 caro viveri; per il 1° reparto L. 2500 mezzi trasporto. Capitolato conforme a quello dell'A. N. M. C. in corso di approvazione presso la G. P. A.

S. PIETRO IN CERRO (Piacenza). — Al 6 aprile, condotta per i poveri fino a 1500; L. 6000 lorde alloggio o corrispettivo di L. 200 e indennità caro-viveri finchè è in vigore. Quattro quinquenni del decimo. Per mezzo di trasporto L. 1800. Per le funzioni di Ufficiale Sanitario L. 300. Per la tenuta dell'ambulatorio L. 400.

Servizio nel termine non oltre 15 giorni dalla partecipazione di nomina.

S. POSSIDONIO (*Modena*). — A tutto 15 aprile; L. 2500 pei poveri, L. 1200 caro viveri, L. 400 mensili fino a che la G. P. A. non avrà approvato il nuovo capitolato che fissa lo stipendio a L. 8000, indennità cavallo L. 2000, per uff. san. L. 300.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Consorzio con Vallio. Abitanti 2170. L. 8000 per i poveri, comprese indennità c. v., mezzi di trasp. e uff. san. Scad. 30 aprile. Capitolato modello. Rivolgersi al Sindaco.

Giovine Medico-Chirurgo pratico Ostetricia accetterebbe interinato preferibilmente in paese di spiaggia. Indirizzare eventuali offerte Lopez Via Serpenti 24, Roma.

Medico 11 anni laurea di recente smobilitato, accetterebbe interinato due o tre mesi. Scrivere G. Mazzarella, S. Angelo d'Alife.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Capannoli (Pisa), Baiano (Avellino).

TOMMASO SENISE

Tommaso Senise nacque a Corneto Perticara (Potenza) il 2 febbraio 1848.

Conseguita la laurea in medicina a Napoli, con « grande lode » e « merito singolare », si recò a Berlino, Wurtzburg e Vienna per compiervi studi di perfezionamento, come frutto dei quali fornì un lavoro scientifico di vaglia (sono testuali parole di Carlo Gerhardt), per l'importanza del quale fu nominato membro estero della Società fisico-medica di Wurtzburg.

Nel 1876 fu nominato, per titoli, professore pareggiato di patologia speciale medica nell'Università di Napoli e le sue prime lezioni, dettate nell'Ospedale di Gesù e Maria, furono accolte con entusiasmo degli studenti, che vi accorrevano malgrado l'ora mattutina.

Nel 1880 ottenne il pareggiamento per titoli in clinica medica; l'uditorio in quel tempo e dopo, si aumentò assai notevolmente. Questo periodo della carriera del Senise segna una bella pagina per la libera docenza di Napoli, che il Senise fece assurgere a cospicua altezza, seguendo i fasti dell'antica scuola medica napoletana.

Dopo circa trenta anni di libero insegnamento, la Facoltà medica di Napoli, deliberando il ripristino dell'antica seconda cattedra di patologia medica dimostrativa, designava a coprirla il Senise, per il quale proponeva l'alto onore dell'applicazione dell'art. 69 della legge Casati: la sua nomina ad ordinario segnò un'altra bella pagina per la libera docenza, nobilissima palestra che fu sempre vanto ed ornamento dell'Ateneo napoletano.

Nel 1880 al concorso bandito al grande Ospedale degli Incurabili era riuscito primo sui 35 concorrenti. Nel 1893 fu nominato consulente medico dell'Ospedale della Pace, e nel 1896, per parere di tutti i consulenti di quell'Ospedale, che ne fecero lusinghiera ed onorevole designazione, fu delegato alla Direzione Generale Medica. In questa carica l'opera di Tommaso Senise può valutarsi paragonando le condizioni preesistenti di quell'ospedale a quelle cui egli seppe portarle. Affratellare, coordinare, ringiovanire l'intera classe sanitaria di quell'Ospedale, ridestandola dal sopore in cui versava, iniziare una schiera di giovani volenterosi al rigore dell'osservazione clinica e delle ricerche scientifiche, dando loro la più ampia libertà di lavoro, migliorare le condizioni igieniche generali dell'Ospedale in modo che più convenientemente potessero rispondere alle moderne esigenze della scienza, fu quanto egli si propose e seppe raggiungere nel più breve tempo; e se oggi l'Ospedale della Pace può annoverarsi tra i migliori della Città, è doveroso dirlo, ne va fatto tutto il merito a Tommaso Senise.

Egli era fra i medici consulenti più stimati della città.

Nel campo dell'attività scientifica segnaliamo specialmente le opere seguenti: Sulla risonanza timpanica delle caverne polmonari ed in ispecie sul cangiamento di Gerhardt; sul rientramento sistolico (la dottrina del rientramento sistolico è oggi generalmente accettata, anche fuori del nostro Paese); sulla stenosi mitralica funzionale; considerazioni generali sui vizii e rumori cardiaci; le modalità dell'esame fisico nella insufficienza delle valvole sortiche; la dottrina sul raddoppiamento del secondo tono alla punta, nella stenosi mitralica pura, illustrata dal dottor V. De Lisi, in una pubblicazione « Sulla stenosi mitralica inorganica »; la dottrina sulla origine linfatica degli edemi, illustrata sperimentalmente dal prof. Giuseppe Lucibelli; sull'allacciatura del condotto toracico; intorno ad una forma speciale di febbre remittente palustre; l'ematemesi del tifo addominale; dell'atassia locomotrice in rapporto con l'anestesia nella tabe dorsale; una casistica varia ed interessante; alcune lezioni, ecc. Esse legano indelebilmente il nome del Senise alla scienza medica.

Se tanta operosità scientifica e professionale desta ammirazione, non è meno bella ed interessante la pagina di vita civile scritta dal nostro illustre concittadino, nella quale si rispecchiano i sentimenti patriottici dell'uomo, ereditati dall'illustre famiglia da cui discendeva, tutta di patriotti, legati alla storia del nostro Risorgimento.

Tommaso Senise all'età di dodici anni, nel 1860, durante il periodo insurrezionale, organizzò una compagnia di giovanotti, di cui fu il capo, per il servizio interno cittadino. Appena tredicenne fu volontario garibaldino, nella Campagna romana di Mentana, onde fu fregiato della medaglia di benemerito della liberazione di Roma. Conquistò altre due medaglie per le guerre combattute per la indipendenza e per l'unità d'Italia.

Nel maggio 1886 il Senise entrò alla Camera come deputato pel Collegio plurinominale di Lagonegro, e vi rimase, tranne brevi interruzioni, fino al 1900.

Tra i discorsi da lui pronunziati alla Camera fecero epoca quelli sulla legge sanitaria e sull'autonomia della università

Nel 1901 fu nominato senatore del Regno.

Coprì molte cariche pubbliche. Fu Presidente

dell'Istituto Orientale di Napoli, al quale dette un'impronta di modernità, oltre allo avere rimesso in onore atti di beneficenza e di premi consentiti dalla più saggia e corretta amministrazione.

Nella catastrofe dell'Isola d'Ischia (Casamicciola) fu a dirigere la prima ambulanza di soccorso, e venne decorato pel coraggio e l'abnegazione dimostrate in quella triste occasione.

Nella epidemia colerica del 1884 a Napoli, guadagnò la medaglia di argento ai Benemeriti della Salute pubblica.

Il carattere di Tommaso Senise fu ammirevole. La sua probità, la sua integrità, la sua modestia in tutte le manifestazioni della sua vita, mettevano sempre in maggior rilievo le eccezionali qualità del suo cuore e della sua mente.

g. l.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi di Monaco.

Ricordiamo che i Congressi indetti a Monaco per favorire lo sviluppo delle stazioni idrominerali, balneari, climatiche ed alpine delle Nazioni alleate, avranno luogo dal 15 al 21 aprile.

La tassa d'iscrizione è fissata in L. 35 per i membri titolari ed in L. 25 per i membri associati (persone di famiglia dei titolari).

La tessera di congressista dà diritto alle facilitazioni di viaggio.

Per avere i programmi e i bollettini di adesione rivolgersi direttamente alla *Delegazione italiana del congresso* presso il *Touring Club*, Corso d'Italia 10, Milano.

Il IX Congresso di Pediatria.

La Società italiana di pediatria ha deciso ultimamente di tenere il IX Congresso pediatrico italiano a Trieste nei giorni 23, 24, 25 e 26 settembre c. a.

I temi scelti sono i seguenti:

1° *Vaccinoterapia nelle malattie dell'infanzia*: relatori i prof. Di Cristina (Palermo) e Caronia (Napoli);

2° *L'assistenza alla prima infanzia*: assistenza alla infanzia legittima: prof. Allaria (Torino); assistenza alla infanzia illegittima: professor Modigliani (Roma).

Le comunicazioni si accettano fino al 15 luglio e come le adesioni debbono essere indirizate al segretario prof. E. Modigliani, via Palermo 28, Roma.

Per la lotta contro la malaria.

Il 21 febbraio si adunò nell'aula dell'Istituto anatomico di Roma, sotto la presidenza del Duca di Sermoneta, la Società per gli studii della malaria, la quale aveva dovuto sospendere la sua molteplice attività durante la guerra.

Il prof. Antonio Dionisi, consigliere delegato dell'Associazione ed il quale ha diretto per oltre quattro anni la lotta antimalarica nelle varie zone palustri del fronte, comunicò i risultati ottenuti mediante la profilassi chininica fra i nostri combattenti.

Dopo ampia discussione sull'argomento si stabilì di convocare al più presto in Roma una riunione cui saranno invitati quanti si interessano al gravissimo problema della lotta contro la malari, allo scopo di dare un indirizo unico e sopratutto pratico alla nobile impresa, da cui dipende essenzialmente la redenzione delle nostre campagne.

Corso per Medici di bordo nell'Università di Parma.

Nell'Università di Parma sarà tenuto un corso di preparazione agli esami di abilitazione a Medico di bordo, seguendo il programma della Direzione generale della sanità pubblica del Regno. Il prof. Gabbi illustrerà le malattie esotiche; il prof. Gardenghi la profilassi delle malattie infettive e l'igiene navale; il prof. Pelagatti le malattie cutanee; il prof. Gallenga il tracoma, le congiuntiviti, la miiasi oculare; il prof. Zanetti la bromatologia ed il dott. Oliari, medico provinciale, la legislazione sanitaria. Negli istituti si faranno le prove e le esercitazioni pratiche. Per informazioni rivolgersi alla direzione della Clinica medica.

Vittima della scienza.

In seguito ad una radiodermite, che minacciava di aggravarsi, l'insigne radiologo prof. Vittorio Maragliano, figlio del sen. Edoardo, si è assoggetato all'amputazione di due dita delle mani. L'operazione venne eseguita il 25 corr.

Tutto ora induce a sperare in una sollecita guarigione. E noi ne esprimiamo il cordiale augurio.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII — *Roma, 5 aprile 1920* — Fasc. 14.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Ricerche farmacologiche sull'Atropa belladonna coltivata (1)

per il prof. GAETANO GAGLIO.

L'Atropa belladonna, pianta molto diffusa in Europa, non mostra grandi differenze nella composizione chimica, allo stato selvatico e culturale. Lefort (1872) che esaminò le foglie delle piante coltivate e delle piante selvatiche dei dintorni di Parigi, non trovò variazioni in rapporto al contenuto di atropina. Gerrard (1884) prendendo in esame le foglie della pianta, in rapporto all'età di essa, trovò più atropina nella belladonna selvatica che in quella coltivata. Egli ebbe i seguenti risultati percentuali:

Foglie di belladonna selvatica, di 2 anni 0,43 — di 3 anni 0,40 — di 4 anni 0,51.

Foglie di belladonna coltivata, di 2 anni 0,32 — di 3 anni 0,55 — di 4 anni 0,49.

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia medica di Roma nella seduta del 30 novembre 1919.

Oltre l'età, altri fattori influiscono sulla quantità di alcaloide della pianta, fra i quali dobbiamo segnalare la luce, della quale massimamente si giova la belladonna per prosperare e per elaborare i principî attivi (J. Chevalier).

Io ho esaminato le foglie di piante coltivate nell'Orto botanico della R. Università per cura dei prof. Pirotta e Cortesi. Ho limitato le mie ricerche alle foglie della pianta, che sono registrate dalla nostra Farmacopea.

Le radici, accolte dalla nostra Farmacopea nella 1ª e nella 2ª edizione, sono state abbandonate nella 3ª secondo le deliberazioni della Conferenza internazionale di Bruxelles. Veramente le radici mostrano un contenuto di alcaloidi molto variabile secondo le condizioni fisiologiche della pianta, l'età di essa e la stagione nella quale si raccolgono; da quantità di principî attivi più basse di quelle che si contengono nelle foglie si passa a quantità molto più elevate, fino a 0,7 e più per cento.

I diversi campioni di foglie da me esaminati hanno tutti corrisposto chiaramente al saggio prescritto dalla nostra Farmacopea, fondato sulla reazione dell'atropina secondo Vitali. La Farmacopea prescrive che gr. 10 di foglie in polvere, triturati con latte di calce, essiccati a b. m. e agitati con etere, dieno una soluzione che, fatta

evaporare, lasci un residuo, il quale, scaldato con alcune gocce di acido nitrico concentrato, evaporato a secchezza, deve assumere colore rosso-violetto fugace con qualche goccia di soluzione alcoolica di potassa.

La nostra Farmacopea, come quella francese, non dànno un saggio quantitativo per il contenuto delle foglie in atropina, non esigono quindi un contenuto determinato di essa. La Farmacopea germanica e l'elvetica descrivono un processo di estrazione degli alcaloidi e titolazione con acido cloridrico centinormale, e ammettono, la germanica un contenuto minimo di alcaloidi 0,3 %, l'elvetica 0,35 %.

Io mi sono assicurato della relativa attività fisiologica delle foglie di belladonna da me esaminate, ricorrendo ad un saggio fisiologico, in rapporto all'azione midriatica dell'atropina. Gr. 1 di foglie di belladonna polverate e disseccate è stato estratto ripetutamente con alcool; l'alcool estrae completamente l'atropina dalle foglie, che pare la contengano allo stato di combinazione con l'acido malico. Sicuramente l'alcaloide non si trova nelle foglie allo stato di base. Svaporato l'alcool, si ottiene un estratto, nel quale si presume un contenuto minimo di gr. 0,003 di atropina (0,3 %). A questo estratto si aggiungono 30 gocce di acqua, misurate con contagocce normale (diametro esterno di efflusso 3 millimetri) e si rimescola bene. Questa soluzione acquosa è di reazione acida e contiene tutta l'atropina che l'alcool ha estratto. Ogni goccia di acqua corrisponderà ad un contenuto minimo di gr. 0,0001 di atropina. E' questa soluzione che ho provato nell'occhio del gatto. L'occhio del gatto è molto sensibile all'azione dell'atropina, meno sensibile tuttavia di quello dell'uomo. Benchè la sensibilità nel gatto vari da animale ad animale sopratutto in rapporto all'età, essendo maggiore nei piccoli gatti, tuttavia, in generale, 1/100 di millgr. di solfato di atropina lascia riconoscere una lieve dilatazione della pupilla.

Rappresentando i diversi gradi della dilatazione pupillare con le indicazioni *debole, distinta, forte, fortissima* e tenendo conto della durata della dilatazione (1-2 giorni) si può fare una graduazione precisa dell'azione dell'atropina. Soluzioni di 1/10 di milligr. di solfato di atropina dànno una dilatazione fortissima della durata di 2 giorni, come una goccia della soluzione preparata con l'estratto alcoolico di 1 gr. di polvere e 30 gocce di acqua. Ora, diluendo questa soluzione con quantità crescenti di acqua e facendo il paragone con la soluzione sempre più diluita di solfato di atropina, sono venuto alla conclusione che tutti i campioni di belladonna, da me presi in esame, contenevano sicuramente più 0,3 % di atropina.

Per queste esperienze sul gatto è necessario che una goccia del liquido instillata sull'occhio venga completamente assorbita, che la testa del gatto, cioè, sia per alcuni minuti tenuta immobilizzata in modo che l'animale non possa scacciare la goccia. Sono riuscito in questo tenendo l'animale avvolto, arrotolato, in un tovagliuolo in modo che la testa sola uscisse fuori e si potesse bene dominare.

Il contenuto minimo di 0,3 %, richiesto in generale dalle Farmacopee, si trova ordinariamente nelle foglie di belladonna di qualunque provenienza, spesso la percentuale è assai più elevata. Debbo aggiungere che un contenuto di almeno 0,3 % di atropina io l'ho trovato anche nelle foglie di belladonna da molti anni conservate nella collezione dell'Istituto farmacologico. Non mi pare quindi giustificata l'esigenza della nostra Farmacopea che la provvista delle foglie di belladonna si abbia da rinnovare ogni anno; anche la Farmacopea austriaca ha questa prescrizione, ma la maggior parte delle Farmacopee si limita a raccomandare che le foglie della belladonna debbano conservarsi ben secche.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ernia appendicolare extraperitoneale con sacco atipico

per il dott. GIUSEPPE MAFERA.
Treviso.

L'appendice vermiforme, si da sola che col ceco, quale contenuto di un'ernia è un reperto si comune, che non v'è ormai operatore che nella propria pratica chirurgica non ne ha da segnalare diecine di casi.

Il caso che descrivo, per la sua singolarità, credo sia meritevole di considerazione non avendo trovato nulla di simile nella letteratura consultata.

Tal quale lo enuncio esso può subito sembrar una contraddizione in termini. Infatti, la parte più importante costituente un'ernia, è data da quel diverticolo del peritoneo parietale (sacco erniario) col quale il viscere erniato rimane in immediata contiguità; nel caso invece che un viscere fuoriesce da un punto non rivestito da peritoneo, esso costituisce un prolasso e non un'ernia; cosa che non sarebbe concepibile nei riguardi dell'appendice cecale.

Nè, a rigore, si può parlare di ernie senza sacco, anche quando ci riferiamo ad organi non completamente rivestiti dal peritoneo. Quello che gli autori concordemente considerano come tali, si riferiscono a reperti, generalmente di vecchie e

voluminose ernie con sacchi, che ingrandendo sempre più, attirano a fuoriuscire dalla cavità addominale uno di quei visceri (ceco, colon ascendente, vescica urinaria) che sono fissati al peritoneo da un parziale rivestimento di esso. In tali casi nessuno ha potuto negare la reale esistenza di un vero sacco erniario, in cui talvolta possiamo trovare altri organi addominali, e solo gli organi mensionati (ceco, colon ascendente, vescica) contigui e fuoriuscenti anche essi dalla porta erniaria, costituiscono in parte una parete del sacco col quale sono intimamente e naturalmenti aderenti.

Il Brunner riferendosi alla vescica urinaria classifica tali forme di ernie come paraperitoneali.

Ciò premesso espongo il caso.

Soldato E..... V..... del 142° fanteria, il 14 luglio 1918 ricovera all'Ospedale di Legnago per subire volontariamente cura radicale di ernia inguinale destra recente. Senza apprezzabili precedenti morbosi sia ereditari che personali, riferisce di aver notata solo da circa tre mesi la comparsa di una intumescenza riducibile, alla regione inguinale destra. Ha potuto compiere sempre il suo servizio in prima linea non avendo avuto mai a lamentarsi di disturbi, comunque gravi o dolorosi, tranne di una sensazione gravativa molesta alla regione, dopo prolungate od eccessive fatiche muscolari.

E. O. individuo di buona costituzione fisica, con masse muscolari bene sviluppate, presenta alla regione inguinale destra una intumescenza che si mette in evidenza colle contrazioni della parete addominale; di consistenza molle elastica, facilmente riducibile senza risvegliare sensazioni dolorose, a forma elissoide, del volume di un piccolo uovo.

Posta diagnosi di ernia inguinale destra libera obliqua esterna il 18 luglio viene operato.

Operazione: narcosi etero-cloroformica; apertura del canale inguinale ed isolamento, senza incontrare difficoltà, di un sacco erniario di capacità mediocre a pareti spesse e piuttosto opache. Si avverte in tale sacco un contenuto a cordone che non riesce a ridurre. Aperto il sacco si riscontra contenere l'appendice vermiforme di aspetto, diametro, lunghezza e consistenza normali.

In ciò nulla di speciale. Senonchè, l'appendice per tutta la sua lunghezza e per il suo margine concavo, (margine mesenteriale) rimane fissamente aderente alla parete posteriore del sacco. Dai caratteri, spessezza e consistenza, si rileva tale aderenza non essere di origine infiammatoria, ma avere il carattere di quelle che lo Scarpa, descrivendo le aderenze del ceco e del colon, per l'interposizione del mesocolon ad un sacco erniario completo, chiamò *aderenze carnose naturali*. Il colletto del sacco è ristrettissimo e lascia solo spazio al passaggio dell'appendice, esclusivo contenuto dell'ernia.

Resecato per più di due terzi del suo perimetro nella sua porzione libera, quasi a livello del colletto, il sacco viene parzialmente asportato, residuando due foglietti che vengono accollati fra loro con un sopragitto, dalla parte della loro inserzione all'appendice, che viene così liberamente affondata. Il residuo del colletto viene chiuso con un punto da materassaio. L'operazione viene completata col metodo classico Bassini, mediante tre punti profondi.

Decorso postoperatorio normale, senza alcuna manifestazione o risentimento da parte dell'appendice; guarigione *per primam* e dimissione dell'infermo in licenza di convalescenza di giorni sessanta in ventesima giornata dal subito atto operativo.

Nel caso suddescritto trattasi evidentemente di un'ernia completa, riunendo essa tutti gli attributi di tale affezione. Però è da rilevare la singolarità del suo sacco, costituito non da un diverticolo di peritoneo parietale, ma in modo indubbio dal mesenteriolo sdoppiato ed estroflesso, nello spessore del quale, quasi come invaginata, ha preso posto l'appendice nel fuoriuscire dalla porta erniaria.

Come spiegare il meccanismo di formazione di tale forma eccezionale di ernia?

Procedendo per ipotesi, sono indotto a fare due considerazioni:

a) Può avvenire talvolta che nelle ernie del ceco, questo, invece di discendere per scivolamento nel sacco erniario, subisce un movimento angolare attorno al suo legamento superiore in modo che la sua porzione superiore, posteriormente non rivestita dal peritoneo, si impegni nel canale erniario separandosi dal peritoneo che l'avviluppa.

Poichè la posizione del processo vermiforme nella loggia cecale e la sua origine dal ceco è fra le più variabili, non è fuori luogo ammettere che l'appendice, anormalmente impiantata, in tale caso seguendo tale movimento angolare da parte del ceco, sia riuscita ad insinuarsi per la porta erniaria per via extraperitoneale, mentre contemporaneamente subiva quasi un processo d'invaginazione nelle due pagine del mesenteriolo, che precedendola, veniva a costituirle così un vero sacco.

b) Talvolta il mesenteriolo non presenta alcun margine libero, ed in tal caso la parte opposta al margine a cui resta fissata l'appendice si inserisce direttamente al peritoneo della fossa iliaca. Non è improbabile che tale accollamento peritoneale, coincidendo coll'anello inguinale posteriore, abbia attirato l'appendice a penetrare nel canale inguinale costituendo l'ernia così come l'ho descritta.

Questa seconda ipotesi a me sembra più verosimile.

Treviso, marzo 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

La cura fotodinamica della malaria

per il dott. GAETANO VIALE,
libero docente di Fisiologia nella R. Università di Torino.

La cura della malaria rappresenta ora non solo un problema di ordine sanitario, ma un problema di ordine sociale; perchè oggi, dopo la guerra, sono numerosisimi i reduci dall'Albania, dalla Macedonia, dal Piave, che nell'adempimento del loro dovere hanno contratto questa febbre e che ancora non sono guariti. Ogni nuovo tentativo per indicare una buona via terapeutica mi sembra perciò lodevole.

E' per questo che in occasione dei miei studi fotodinamici, avendo constatato che i due farmaci finora usati contro le febbri malariche, il chinino e il bleu di metilene, sono entrambi attive sostanze fotodinamiche, è sorta in me l'idea di tentare una cura fotodinamica della malaria.

Il chinino è molto più attivo nella luce che nell'oscurità: diluitissime soluzioni fluorescenti di sali di chinino, mentre sono innocue nell'oscurità verso fermenti o verso protozoi, diventano dannose quando vengono illuminate. (Attività fotodinamica).

Si trattava di consigliare ai malarici l'elioterapia contemporanea alla cura col chinino: cioè dopo l'ingestione o l'iniezione del farmaco esporre per alcune ore il tronco nudo ai raggi solari.

A sette individui, reduci dalla guerra, nei quali la malaria durava da mesi ribelle alle cure comuni, ho suggerito questo metodo di terapia.

La mia statistica è esigua; però è confortante ricordare che in tutti i malati che hanno seguìto questo metodo si sono ottenuti risultati apparentemente ottimi. In una o due settimane il tumore di milza si è ridotto e scomparve; la febbre che ogni tanto compariva irregolarmente ha finito per dileguarsi. I malati si sentono ora bene, sono ingrassati e lavorano.

I primi due esperimenti sono stati eseguiti nel mese di luglio, gli altri nel mese di agosto. Sono già trascorsi alcuni mesi e la malattia sembra scomparsa.

Comprendo che i miei dati sono un poco scarsi; ad ogni modo, ho creduto utile indicare ai medici questo metodo che, derivato da puri studi di fisiologici, sembra dare così buoni risultati pratici. E' d'altronde noto quanto giovamento traggano i malarici dal soggiorno in alta montagna o in riviera; nei luoghi appunto dove c'è sole e luce intensa, che combinandosi con l'azione del chinino può avviare gli infermi più facilmente verso la guarigione.

Novembre, 1919

MEDICINA SOCIALE.

Malattie renali ed infortuni.

Le lesioni renali di origine traumatica, a parte i fatti immediati che possono rapidamente condurre a morte, sono capaci di determinare affezioni permanenti, che diminuiscono la resistenza organica e la attitudine al lavoro degli individui colpiti. I traumi renali possono condurre alla *nefrectomia*, e possono avere come conseguenze più o meno tardive la *pielonefrite, la nefrite, la nefroptosi, l'idronefrosi, la tubercolosi e la cancerosi renale*. Il rapporto etiologico tra trauma e queste affezioni, almeno non per tutte non è ancora ben sicuro e generalmente accettato, e quindi il rapporto stesso, allo stato dei fatti va considerato come possibile o probabile, ma non sicuro.

I reni possono essere feriti o contusi da corpi aguzzi, taglienti o da proiettili d'arma da fuoco, che li raggiungono dopo avere attraversati i tegumenti esterni ed eventualmente organi vicini. Tali lesioni però molto raramente capitano in occasione del lavoro. Come conseguenze di infortuni sul lavoro si verificano più spesso contusioni o lacerazioni renali senza discontinuità dei tegumenti esterni. I traumatismi renali possono essere diretti ed indiretti. Nel primo caso il trauma interessa la regione lombare o la regione antero-laterale dell'addome, sia da un sol lato e sopra una superficie limitata, sia sopra una larga superficie e contemporaneamente ai due lati come nel caso di tamponamento. Nel secondo caso il rene è leso in seguito ad un violento scuotimento di tutto il corpo o ad una gagliarda contorsione addominale per modo che il rene sia contuso o lacerato dalle ossa vicine; non è necessario avvertire che per aversi una lesione renale di origine indiretta l'azione traumatizzante deve essere molto violenta data la situazione dell'organo e la protezione dei tessuti molli di cui è abbondantemente rivestito.

Tanto nel caso di trauma indiretto come nel caso di trauma diretto agente su di una vasta superficie le conseguenze possono essere risentite da ambo i reni, ma nella grande maggioranza dei casi un solo rene risente primitivamente gli effetti del trauma e ciò ha una grande importanza quando si debba stabilire il rapporto di casualità tra infortunio ed una nefrite bilaterale.

I segni rivelatori di una contusione renale sono: l'ematuria (quasi costante, nel 95 % dei casi secondo Marqueste), la tumefazione del punto colpito (in genere alla regione lombare), la contrattura muscolare, il dolore intenso ai lombi irradiantesi verso il perineo, i disturbi urinari (anuria, isouria), le ecchimosi inguinali. Il rap-

porto tra infortunio ed affezione renale, quando questa venga attribuita a trauma, non può essere ammesso quando manchino in tutto o in parte questi segni dell'avvenuta lesione del rene. Un giudizio del genere d'altra parte non può darsi senza prima avere stabilito lo stato anteriore del paziente e senza quindi avere accertato la esistenza o meno, all'infuori del trauma, di altri fattori etiologici di valore notoriamente stabilito nella patogenesi delle lesioni renali. In rapporto al fatto che i traumi renali sono nella grande maggioranza dei casi unilaterali conviene sempre procedere all'esame clinico (separazione dell'urine mediante il cateterismo ureterale, ecc.) della funzionalità di ciascun rene. Quando l'affezione sia bilaterale, o di egual grado ai due lati, ed il trauma sia stato unilaterale, la etiologia traumatica è molto dubbia.

Le conseguenze di un trauma renale più precoci e più comuni sono di natura puramente chirurgica.

Il caso più semplice è la *perdita di un rene* per *nefrectomia precoce*. E' ben noto che l'uomo può vivere anche con un solo rene. Ma dal fatto che la esistenza è possibile non si può inferire che la resistenza organica del soggetto rimanga integra. Anche se il funzionamento del rene superstite appare perfetto non si può non ammettere una riduzione della capacità professionale specie per i mestieri faticosi e che si estrinsecano alle intemperie o che espongono facilmente agli infortuni: tanto le malattie ordinarie, come i traumi, e specialmente le scottature, hanno di solito conseguenze più gravi negli individui, ai quali sia stato asportato un rene. Conviene d'altra parte tener presente che questi stessi individui devono aversi delle cure speciali sopra tutto per quel che riguarda l'alimentazione. Per tutte queste ragioni, se non v'ha dubbio nella legittimità di ammettere la riduzione della capacità lavorativa, la determinazione di essa è molto difficile. Le cifre date dai vari autori oscillano tra il 25 e il 50 %. Una distruzione parziale del rene non determina alcuna riduzione della capacità lavorativa quando il rene conserva tutto il suo valore normale. Quando questo è diminuito di più della metà si può ammettere la stessa riduzione indicata per la nefrectomia normale.

La *pielonefrite* traumatica è un evenienza molto rara. Comunque quando essa conduce alla nefrectomia per la riduzione della capacità lavorativa e la relativa valutazione valgono le considerazioni già fatte. Quando l'infortunato si rifiuta di operarsi la capacità lavorativa può ammettersi diminuita del 60-70 % ed in caso di pielonefrite bilaterale, secondo Imbert, la incapacità deve ritenersi assoluta.

La quistione della *nefrite traumatica* è ancora controversa. Non solo se ne discute ancora la patogenesi, ma è sempre messa in dubbio la sua reale esistenza. Sono state pubblicate osservazioni di casi, nei quali l'attribuzione del processo nefritico al trauma è stato stabilito solo col criterio del *post hoc*. In effetti all'attivo delle nefriti traumatiche non esistono dei casi veramente probativi. I più persuasivi sembrano quelli nei quali i più moderni mezzi di indagine clinica hanno stabilito la unilateralità dell'affezione. Questi casi non possono essere dubbi, ma quelli finora registrati sono ben rari. Al riguardo bisogna rivelare che Castaigne e Rathey hanno cercato di infirmare queste conclusioni sostenendo che il processo nefritico può diffondersi all'altro rene non contuso per simpatia, o per effetto di nefrotossine provenienti dal rene primitivamente leso. Ma questa interpretazione è stata efficacemente combattuta da Albarran, Bernard e Mangeais.

Allo stato dei fatti non sono possibili che giudizi di probabilità nei singoli casi. L'unilateralità dell'affezione depone sicuramente per la origine traumatica. I fatti acuti locali, segni dell'avvenuta lesione, e sopratutto l'ematuria ed il dolore, costituiscono elementi favorevoli per la origine traumatica o quanto meno per l'aggravamento di un processo nefritico preesistente, il che agli effetti pratici è lo stesso. Gli aggravamenti dello stato preesistente, e per il caso della nefrite, fino a quando non sarà spiegata la patogenesi ed accertata la effettiva esistenza della nefrite traumatica, non si può con certezza parlare che di aggravamento, sono per legge considerati alla stessa stregua delle affezioni direttamente causate dal trauma. E' quindi ozioso far distinzioni e tanto meno indugiarsi a discutere della esistenza della nefrite traumatica, quando il trauma per la sua localizzazione e per la sua intensità, ed i fatti immediatamente succeduti (ematuria, dolore, anuria, ecc.), sono capaci di giustificare il giudizio di aggravamento.

Conviene anche accennare alla possibilità che un infortunio possa essere chiamato responsabile di una nefrite, o dell'aggravamento di una nefrite preesistente, per l'effetto di lesioni (scottature) lontane dalla regione renale o per l'azione di sostanze tossiche medicamentose adoperate per curare altre ferite riportate sempre per infortunio sul lavoro. In questi casi il rapporto di causa ad effetto non è dubbio.

La riduzione della capacità lavorativa determinata da una nefrite sia essa di origine schiettamente traumatica o tossica, o sia essa considerata come l'aggravamento di un processo già esistente è molto variabile. Innanzi tutto bisogna

fare distinzione tra nefrite unilaterale e bilaterale. Nel primo caso la incapacità lavorativa è stata giudicata ridotta dal 5 al 30 %; la valutazione di Ollive e Le Meignen che propongono il 25 % sembra la più accettabile. Per la nefrite bilaterale le cifre proposte variano dal 25 al 70 %.

La possibilità della *nefroptosi* traumatica non è generalmente ammessa, anzi è più negata che affermata. In linea teorica infatti ripugna credere che un trauma o uno sforzo, per quanto violenti, possano determinare la rottura brusca ed improvvisa dei tessuti che provvedono a mantenere in sede il rene provocandone così la lussazione. Più accessibile è l'idea che l'abbassamento del rene già spostato possa essere accentuato da un trauma esterno o da uno sforzo. La predisposizione o la preesistenza del fatto sembra incontestabile, senza potere escludere che il trauma abbia reso solo temporaneamente doloroso un rene già spostato. Comunque per ammettere l'aggravamento traumatico è sempre necessario provare:

a) che il trauma abbia agito sulla regione renale;

b) che lo sforzo sia stato molto violento;

c) che il colpo diretto o lo sforzo sia stato accompagnato da vivo dolore al rene;

d) che questo sia rimasto dolente per parecchie ore dopo l'infortunio.

D'altra parte non mancano altre circostanze che possono costituire, a seconda dei casi, elementi di giudizio: così la bilateralità della ptosi parla contro l'origine traumatica. Comunque quando si riesce a provare la preesistenza del fatto e dei disturbi da esso condotti non si può non imputare all'infortunio i fenomeni sopraggiunti in seguito al trauma. La riduzione della capacità lavorativa varia in rapporto al grado, alla bilateralità o unilateralità della nefroptosi, ed ai disturbi da essa provocati, e che, come è noto, possono essere vari e variabili. Si deve perciò ammettere con Oliver e Le Meignen che la incapacità al lavoro può essere ridotta da 0 al 50 %.

L'*idronefrosi* può essere l'effetto di una nefroptosi, di un restringimento cicatriziale dell'uretere, dell'occlusione di quest'ultimo con un coagulo di sangue, di una compressione dell'uretere determinata da un versamento di sangue o di urina. La origine traumatica dell'idronefrosi, quando concorrano gli elementi di fatto inerenti all'infortunio capaci di provocarla, non può essere misconosciuta. La riduzione della capacità lavorativa, dipendente a idronefrosi, in rapporto al fatto che essa nella grande maggioranza dei casi conduce alla nefrectomia, va calcolata nella misura del 50 %.

La possibilità che un trauma sia la causa di una *tubercolosi* e di una *cancerosi renale* rientra nella quistione generale dei rapporti tra trauma e tubercolosi, tra trauma e cancro, e tale quistione non assume nei riguardi del rene caratteri particolari.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I disturbi nervosi nell'anemia perniciosa.

(WOLTMANN. *American Journal of the Medical Sciences*, 1919, n. 3).

L'anemia perniciosa può essere accompagnata da gravi disturbi nervosi che qualche volta assumono perfino la sindrome tabetica. Sono stati descritti casi di anemia perniciosa progressiva in tabetici, ma è più verosimile che in questi casi la sindrome nervosa sia stata secondaria all'anemia.

Comunque le rassomiglianze fra tabe e sindrome nervosa da anemia sono soltanto superficiali. L'anemia perniciosa determina focolai di degenerazione a placche dapprima nei cordoni posteriori e poi in quelli laterali. Questi focolai per contiguità o degenerazione secondaria confluiscono determinando una disintegrazione diffusa della sostanza bianca, nota soto il nome di sclerosi combinata subacuta. In qualche caso si notano focolai distruttivi anche nel cervello. Questo tipo particolare di degenerazione oltre che dall'anemia perniciosa può essere provocata dalle leucemie, dal morbo di Addison, probabilmente da gravi anemie secondarie, dal diabete, dalla nefrite, dalla senilità, dall'arteriosclerosi, dalla pellagra, dalla tubercolosi, dalla leprosi, dalla malaria, dal tifo, dalle setticemie, dalla scarlattina, dalla difterite, dalla influenza, dall'alcoolismo cronico, dagli avvelenamenti da piombo, fosforo e arsenico. Ed è probabile che nell'anemia perniciosa le lesioni nervose più che effetto dell'anemia in sè, come disturbo nutritivo, siano l'esponente di una intossicazione.

Quantunque le possibilità etiologiche della sclerosi combinata siano molte, tuttavia l'anemia perniciosa figura tra le cause più frequenti. Dana l'ha trovata nel 10 % dei casi, Taylor nel 12 %, Voss nel 30 % circa. Rispettivamente la frequenza delle lesioni nervose nell'anemia perniciosa varia di molto a seconda i vari autori: White e Bramwell le trovarono nel 2.8 % dei casi di anemia perniciosa, Nonne nell'11.7, Crae nel 25 %, Phedran nel 40.9 %, Henneberg nel 50 %. Evidentemente tale frequenza è andata progressivamente

aumentando a misura che si sono perfezionati gli esami semeiologici del sistema nervoso. E' certo comunque che i disturbi nervosi si trovano nell'anemia perniciosa più frequentemente di quel che generalmente si crede.

L'A. ha osservato nella Clinica di Mayo 282 casi non dubbi di anemia perniciosa; di questi 150 furono sottoposti ad un attento esame nosologico; non meno dell'80 % presentarono segni evidenti di alterazioni del tessuto nervoso centrale. Il 12.7 % dei pazienti si presentarono alla Clinica espressamente per consulto sui disturbi del sistema nervoso. Si trattava di parestesie, torpore e formicolio delle mani e dei piedi, torpore e sensazioni varie per tutto il corpo, senso di freddo o di calore alle ginocchia, alle mani, ai piedi, ai denti, sensazioni dolorose in varie parti del corpo al tocco anche di un batuffolo d'ovatta. Oltre a ciò i pazienti accusavano crampi, tremori, movimenti coreiformi ed in un caso un'emiplegia durata tre giorni.

A carico dei nervi cranici si notò diminuzione dell'odorato, del gusto e dell'udito, ronzii alle orecchie con vertigini, scotomi.

La comparsa dei disturbi nervosi in rapporto all'inizio dei sintomi dell'anemia perniciosa non avviene contemporaneamente in tutti i casi. Così un paziente può morire per anemia perniciosa senza avere mai presentato disturbi nervosi, ma quegli, come nei casi di Nonne e di Bastianelli, possono aversi anche prima che si manifestino evidenti i sintomi dell'anemia. In un caso il paziente dovette ricorrere alle cruccie ed al cateterismo prima che si manifestasse l'anemia. Il più lungo intervallo finora notato è stato in tredici casi.

Nei casi esaminati il Woltmam trovò la sclerosi combinata subacuta nel 99.2 %, la sclerosi posteriore nel 55.2 %, la sclerosi combinata nel 45.4 %, la sclerosi laterale nel 0.8 %, la pelineurite nel 4.9, la mielite trasversa con atrofia ottica primitiva nel 0.8 %.

Clinicamente lo stesso autore trovò la sensibilità cutanea diminuita nel 42 %, la sensibilità articolare diminuita nel 82 % e quella vibratoria nel 92 %; il fondo dell'occhio era alterato nel 63 %, la retinite nel 33 %, la retinite emorragica nel 29 %, l'atrofia ottica nel 0.8 %; mentalmente trovò apatia e sonnolenza, irritabilità, deficienza di memoria, demenza, instabilità emotiva, depressione, psicosi in proporzione varia dal 0.8 al 35 %; il riflesso patellare era esagerato nel 39 %, diminuito nel 28 %, assente nel 7 %, ineguale nel 14 %; il clono della rotula era presente nel 4.8 %; il segno di Babinski nel 26.4 %; l'Oppenheim nel 7 %; il Romberg nel 52 %; l'atassia nel 28 %; l'incontinenza nell'8 % e la ritenzione nel 4 %; il tono muscolare aumentato nel 16 %, diminuito nel 10 %; paraplegia nell'1.6 %; movimenti coreici nel 0.8 %; atrofia nel 0.8 %.

Riassumendo: il Woltmann ha trovato che nell'anemia perniciosa progressiva si trovano disturbi nervosi in proporzione notevole, superiore a quella registrata da altri autori. Questi disturbi sono determinati da lesioni del midollo, del cervello e dei nervi periferici. Nulla è accertato circa la causa diretta di queste lesioni: non può dirsi se siano in rapporto ad alterata nutrizione, se siano l'esponente dell'alterato ricambio generale, o se siano invece, come appare più probabile, determinati da un agente tossico, come prodotto dell'alterazione del ricambio, o di un agente tossico che sia insieme causa dell'anemia stessa. Per ora si può solo registrare il fatto e trarne vantaggio solo agli effetti diagnostici, sia per distinguere le sindromi nervose in anemia perniciosa dalle ben note affezioni del sistema nervoso cui esse possono essere confuse, sia per distinguere l'anemia perniciosa dalle altre forme di anemia che non sono accompagnate per lo meno con tanta frequenza, da così imponenti fenomeni a carico del sistema nervoso.

Dr.

Disordini mentali postinfluenzali

(ALFRED GORDON. *Archives of internal Medicine*, 15 dicembre 1919).

Innegabilmente, la causa fondamentale di un abnorme funzionamento mentale in un gran numero di casi risiede nelle infezioni e nelle intossicazioni; per le quali si originano dei prodotti non adatti alla vita cellulare e il cui contatto esercita una azione nociva sulla funzione degli elementi nervosi. L'organismo d'altra parte tenta di vincere i veleni esogeni, endogeni e battericí o con eliminazione diretta attraverso ai reni, ai polmoni, alle ghiandole salivari e cutanee, ovvero con la loro modificazione o distruzione completa da parte delle cellule di vari tessuti ed organi, ivi comprese le ghiandole endocrine: non raramente il miglioramento dei disordini mentali decorre parallelo al migliorato funzionamento di questi organi di difesa.

Nel presente studio si esamina appunto uno di questi processi infettivi, il quale, terminata la fase acuta, dette luogo a disturbi assai profondi delle funzioni più nobili del cervello. Esso è basato su una serie di 62 casi; la maggioranza dei quali (44) presentò il ben noto tipo confusionale di psicosi, più o meno pronunciato. Le manifestazioni mentali furono particolarmente accentuate in soggetti nella cui anamnesi remota erano fenomeni episodici di carattere neuropatico, ac-

cenni di disordini psichici: questo gruppo differì grandemente dagli altri in cui quei disordini precedenti mancavano. È necessaria una descrizione separata dei singoli gruppi.

A) *Casi con caratteri psicopatici nell'anamnesi.* — Fisionomia senza espressione; sguardo vago; il paziente è dimentico di ciò che lo circonda, docile, ha memoria vaga, non sa dire la sua età, per lo più non risponde. In parecchi si ebbe delirio con allucinazioni occasionali; iniziatosi e terminato rapidamente; specialmente se coincideva alcoolismo acuto e cronico, nel qual caso le allucinazioni furono costanti, uditive e visive, per lo più terrificanti. Del resto le allucinazioni furono variabili nella loro composizione. Ugualmente le concezioni illusionali, con sistematizzazione imperfetta, non possedevano un carattere fisso. L'ideazione era in uno stato di caos senza traccia di processi associativi; conseguentemente, la memoria era poverissima specie quella recente.

B) *Casi senza anamnesi morbosa.* — L'elemento confusionale, presente anche qui, non era però così intenso come nel primo gruppo: il paziente poteva frequentemente esser tratto dal suo stato confusionale, sotto l'influenza di fattori stimolanti, però solo in via transitoria. Altro carattere differenziale: la mancanza di allucinazioni. Questo stato corrisponde alla *asthenische Verwirrtheit* di Kraepelin contrapposta alla *halluzinatorische Verwirrtheit* di Meynert, che corrisponde al primo gruppo. Infine differente fu il decorso: mentre nei casi precedenti lo stato confusionale fu prolungato, qui fu breve; e mentre nei primi si ebbe notevole varietà di manifestazioni, qui tutti i casi furono identici nelle loro caratteristiche essenziali, differendo solo nel grado di confusione e di difficoltà nell'associazione delle idee.

C) *Casi con manifestazioni insolite.* — I rimanenti casi (18) furono specialmente istruttivi per alcuni fenomeni insoliti. Il sintoma più importante di questa serie fu una spiccata amnesia: grande difficoltà nel ricordare i nomi di luoghi e persone, anche di parenti più stretti, nel dire il numero dei figli, i giorni della settimana, la data (con errore anche di venti anni).

Alcuni non potevano ricordare neanche fatti immediatamente precedenti, come l'aver mangiato. Essi erano coscienti della loro amnesia, ma fino a che non si iniziò il miglioramento, nonostante i loro sforzi furono incapaci di ricordare. Oltre all'amnesia esisteva per così dire una *astenia mentale*: era per loro uno sforzo tremendo il pensare, il rispondere alle domande, il comprendere ciò che veniva loro detto: il che si rispecchiava nel loro comportamento e nella fisionomia. Probabilmente, la amnesia era appunto una manifestazione di questa astenia cerebrale. Poichè la memoria è normalmente dipendente dalla facilità di associare in qualunque momento si voglia le impressioni precedenti, la sua perdita e l'indebolimento di essa è in rapporto intimo con la perdita di quella capacità. L'astenia cerebrale manifestandosi in una difficoltà per tutte le operazioni mentali, l'amnesia ne è il naturale risultato. Cominciando ad apparire un miglioramento, ciò si verificava per tutte le manifestazioni, amnesia, ecc.

Ricapitolando: Degli stati mentali osservati in questa serie possono citarsi tre varietà: (A) una psicosi confusionale profonda con illusioni e allucinazioni; (B) uno stato confusionale medio senza allucinazioni ma con concezioni illusionali; (C) una astenia cerebrale con cospicui fenomeni di amnesia.

DECORSO CLINICO.

Nel primo gruppo un piccolo numero (3) guarì, e rapidamente; ma gli altri sono ancora sotto osservazione con periodi alternati di miglioramento e di ritorno alle condizioni primitive; senza tendenza alla guarigione.

Il tipo non allucinatorio presenta una prognosi più benigno che quello allucinatorio: ad esso appartengono le tre guarigioni sopra citate.

Nella seconda varietà, mentre i sintomi furono meno intensi la durata fu maggiore che nei tre casi del primo gruppo che sortirono a guarigione. Il miglioramento delle condizioni mentali fu parallelo a quello delle condizioni generali. Il decorso della psicosi fu eccezionalmente lento, e per un certo tempo dopo la scomparsa dell'elemento confusionale rimase un certo grado di indebolimento dell'attenzione e di difficoltà nell'esercizio delle funzioni intellettuali.

Il decorso dei casi dell'ultima serie fu assai simile a quello del gruppo precedente: il miglioramento nella memoria coincidette col miglioramento nelle altre funzioni mentali e ambedue decorsero paralleli alle condizioni dell'astenia generale. La guarigione fu un poco più rapida che nel secondo gruppo di casi.

CONCLUSIONI.

L'osservazione fatta negli ultimi due gruppi riguardo al decorso parallelo delle condizioni mentali e delle fisiche, e al loro simultaneo miglioramento, suggeriva un rapporto fra i due gruppi di fenomeni. D'altro lato le circostanze in cui di solito lo stato confusionale insorge, cioè nelle infezioni e intossicazioni, specialmente endogene, confortano l'ipotesi che la nutrizione dei neuroni cerebrali sia alterata dalla alterata

composizione dei liquidi organici, che si ha necessariamente negli stati tossici. Che alterazioni microscopiche possano avvenire nelle cellule corticali durante uno stato confusionale determinato da sostanze tossiche di qualsiasi provenienza, è stato dimostrato da Ballet. Il quale nella psicosi confusionale che accompagna la neurite multipla, nota sotto il nome di psicosi di Korsakoff, trovò delle alterazioni cellulari nella corteccia: tumefazione e deformità, cromatolisi e scomparsa dei nuclei. Questa base organica è logicamente applicabile ai casi incurabili.

In quelli medi e guaribili possiamo supporre che le tossine producano un disordine funzionale transitorio nelle cellule, il quale rapidamente scompare, cosicchè le cellule stesse rapidamente riprendono il loro normale funzionamento. Ma è da ritenersi che i disordini funzionali ed organici delle cellule siano il risultato di intossicazione. Questa può essere osservata in qualsivoglia processo infettivo: l'influenza è uno di essi.

SEB.

CHIRURGIA.

Sullo shock.

(BURCKHARDT, *Zentrabl. für Chirurg.*, n. 51, 1919)

Dopo l'esperienza di Goltz la letteratura si è lungamente occupata dello shock, specialmente di quello consecutivo a lesioni addominali. E trattando di ferite addominali ci sono molti disposti ad interpretare senz'altro lo shock nel senso dell'esperimento di Goltz. Per l'A. la forma clinica dello shock si riscontra nei casi di vasto schiacciamento dei tessuti con la possibile notevole partecipazione del sistema nervoso, ma coll'influenza di altri fattori, fra cui il laceramento dei tessuti. Già anni fa al fronte l'A. ebbe il sospetto, che anche in casi di lacerazioni gravi e dolorose dei tessuti il sistema nervoso abbia tutt'al più sul primo momento dello shock una importanza predominante. Specialmente la lunga durata dei sintomi, persistenti anche giornate intiere, gli pareva avere un'altra origine. Sospettò un'embolia grassosa: fece parecchi tentativi per dimostrarla, ma invano. Pensò ad un assorbimento dell'albumina, ad embolie cellulari dai tessuti distrutti. Contemporaneamente Siegmund è riuscito a dimostrare embolie grassose in molti casi cosidetti di shock. Nell'accademia di Parigi ed anche — come riferisce Herhold nel « Zentralblatt » — in Inghilterra si fecero ricerche per dimostrare assorbimento di sostanze tossiche dai tessuti distrutti. Questa seconda specie di shock, che l'A. distingue col nome di « shock da ferimento » (Verwundungsschock), dà alla parola shock un concetto diverso da quello datogli dall'esperimento di Goltz. L'A. poi ritiene che in molti casi si considerarono anche i sintomi iniziali della peritonite, nelle ferite da arma da fuoco, ed i sintomi di anemia acuta in qualsiasi genere di ferite, come sintomi di shock. Egli fa notare, che in tali casi si riscontrò poi che molti di questi « affetti da shock » avevano febbre, che andò rapidamente aumentando. Erano questi i casi molto frequenti d'una infezione rapidissima, manifestatasi nei tessuti distrutti d'un corpo esangue che condusse rapidamente alla morte.

La confusione sullo shock da ferite addominali derivò in parte dal fatto ,che i medici del fronte credevano trattarsi di shock nel senso di Goltz, perchè per lo più non erano nella possibilità di potersi accertare mediante l'autopsia delle enormi lacerazioni interne, molte volte non percettibili all'esterno. I medici degli ospedaletti da campo invece ricevettero i feriti spesso già coi sintomi della peritonite in atto, ed ammisero lo shock, quando mancavano le lacerazioni interne.

Secondo l'A. casi di shock nel senso di Goltz, cioè senza lacerazioni estese dei tessuti e causati da ferite d'arma da fuoco sono rarissimi a sistema nervoso sano. Tali casi, secondo l'A. si potrebbero ammettere se almeno uno si potesse sicuramente indentificare in ogni senso per lo shock di Goltz, cosa fin'ora non riuscita, giacchè la grande maggioranza degli shock da ferite addominali da arma da fuoco appartiene allo « shock da ferimento » ed è identica allo shock consecutivo a ferite di altre regioni, per esempio degli arti. L'A. cita il seguente caso per dimostrare, quanto piccola sia la parte dello shock nelle ferite addominali da arma da fuoco, anche se mortali:

Un ferito raccontò di esser caduto sull'addome mentre faceva un salto per ripararsi dal fuoco delle mitragliatrici e che un compagno gli calpestò il dorso. Sentì forte dolore nella regione sacrale. Il giorno seguente venne medicato per contusione al posto di medicazione. Trasportato in un ospedaletto da campo, l'A. riscontrò una peritonite ed un foro d'ingresso da proiettile di fucile. L'autopsia fece rilevare un grande foro nel sigma ed il proiettile nella vescica.

L'anamnesi delle ferite addominali da arma da fuoco — se consecutivamente non furono dimostrate gravi lacerazioni — non giustifica assolutamente l'ipotesi, che queste ferite siano seguite da uno stato specialmente minaccioso, che debba distinguerle dalle altre.

A parere dell'A., prima di tutto bisognerebbe stabilire una nomenclatura chiara. Si dovrebbe differenziare lo shock di Goltz dallo « shock da

ferimento » e non si dovrebbe mettere nello shock lo stato di collasso consecutivo ad anemia acuta e bisognerebbe distinguere bene dallo shock ogni specie di infezione.

BLUEH.

TECNICA.

Cultura dei parassita malarico.

(CHAMBELLAND. *La Presse Medicale*, 1919, pagina 783).

Nel 1903 Bass riuscì a conservare vivente il parassita malarico in un terreno zuccherato a base di una soluzione al 50 % di destrosio impiegato nella misura di 1 decimo di cc. ogni 10 cc. di sangue: i parassiti morivano dopo 30-40 ore.

Più tardi Thomson e Mac Lebban modificando la concentrazione del terreno hanno visto le forme anulari del *Plasmodium falciparum* ingrandire, caricarsi di pigmento in 12 ore e dare in 25 ore delle forme segmentate. L'A. riprendendo tali ricerche ha osservato che il *Plasmodium falciparum* nello stadio anulare giovanissimo, quale risulta nel sangue raccolto in fine dell'accesso, aumenta di volume fin dalla 2ª ora ed al termine della 25-28 ora le emazie parassitate sono enormi e contengono dei corpi a rosetta più o meno regolari che contano perfino una ventina di merozoiti: a questo punto si arresta la vitalità della cultura: i parassiti muoiono e non si verifica che dei merozoiti siano messi in libertà per infettare delle emazie sane. Scarsi risultati hanno dato il *Plasmodium vivax* e il *quartanum*.

Cultura con il processo di Bass modificato. — Occorrono tubi da saggio, agitatore, pipette capillari; una soluzione sterile di destrosio al 50 per cento e soluzione fisiologica di cloruro di sodio al 7 per cento cui si aggiungono gr. 75 di citrato di sodio per litro.

Le ricerche sono state dall'A. fatte sul *P. falciparum, vivax, quartanum*. I due ultimi parassiti sembrano troppo fragili per acclimatarsi alle condizioni sfavorevoli delle culture al contrario del *falciparum* che ben si adatta al mezzo e vi si sviluppa e Chambelland è riuscito a conservarli viventi per sei giorni ottenendone l'infezione di emazie sane con generazioni di merozoiti giovani (sangue prelevato durante accessi febbrili).

Questo metodo di ricerca ha dato ottimo risultato in malati apirettici, che avevano presentato accessi di malaria primitiva parecchi mesi prima e presso i quali gli ultimi esami ematologici eransi dimostrati negativi.

Forme parassitarie giovani comparvero in 20 ore e presentanti i caratteri morfologici del *P. falciparum*: verosimilmente provenivano da gameti, rari per esser messi in evidenza da strisci colorati.

Evoluzione delle culture. — Due ore dopo la semina, gli anelli sono nell'interno dei globuli rossi: il loro volume è aumentato spesse volte e frequente è l'apparizione di due nuclei.

Dopo 20 ore il nucleo è ispessito: il protoplasma spesso irregolare.

Alla 40ª ora compaiono i primi fatti di segmentazione, più netti alla 48ª ora ed anche alla 60ª.

Durante un lasso di tempo brevissimo i merozoiti sono liberi nel liquido di cultura, ed è questo il momento più delicato del processo in quanto essi per vivere devono aver pronte delle emazie sane nelle quali, e non nelle parassitate, penetrano i merozoiti verso la 60-72ª ora.

Dal quarto giorno i parassiti cominciano a scomparire, purtuttavia nel corso del 5° e del 6° giorno si constata in quasi tutte le culture la divisione di un certo numero di schizonti. I merozoiti della 3ª generazione sono riusciti ancora a parassitare delle emazie sane, ma, privi di vitalità sono morti durante il settimo giorno.

La cultura del *P. vivax*, mette in evidenza in 40 ore la trasformazione di anelli in forme adulte ed anche in schizonti con 3-5 merozoiti. In nessun caso vissero più di tre giorni.

Conclusioni: L'A. conchiude affermando che gli ematozoari, in special modo il *P. falciparum*, sono suscettibili di sviluppo in terreni artificiali, ma subiscono una forte diminuzione della loro vitalità.

E' probabile che con una tecnica apportante una migliore nutrizione delle emazie e dei parassiti e, principalmente, una più completa eliminazione delle tossine, si otterranno generazioni più numerose e vigorose.

Non è stato tentato di inoculare in un organismo sano tali forme per provocare le reazioni proprie della malaria.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche in Milano.

Presidente: prof. DEVOTO.

Seduta del 12 marzo 1920.

DEVOTO commemora il prof. Camillo Bozzolo.

Brevi comunicazioni di terapia.

GRASSI G. B. — L'O. riferisce gli ottimi risultati ottenuti nella Clinica pediatrica di Milano coll'uso dell'olio di vasellina nella cura di catarri intestinali; con la somministrazione dell'infuso di lavanda nelle nefriti; col trattamento dell'impetigo mediante pennellazioni di fuxina fenica; con l'applicazione di una piastra di zinco sulle cicatrici da linfomi suppurati.

La reazione di Sachs-George per la diagnosi della sifilide.

PINCHERLE P. — Presentata e discussa in tutti i suoi dettagli la nuova reazione l'O. riferisce su 500 sieri esaminati contemporaneamente alla Wassermann. I risultati ottenuti sono: 132 positivi, 368 negativi; dei 132 positivi, in 109 c'era corrispondenza, 12 volte fu invece positiva la sola W., ed 11 volte la sola S. G. Conclude riconoscendo la maggior praticità e semplicità della nuova rezione di fronte alla W. ed in quanto alla specificità essa non è inferiore, pur essendo meno sensibile specie in casi di sifilide incipiente del sistema nervoso. Consiglia di praticarla in parallelo alla W.

Forme cliniche diverse dell'encefalite epidemica.

RONCHETTI. — Richiamata l'opportunità di sostituire alla denominazione troppo restrittiva di E. L. la denominazione di encefalite epidemica, l'O. riporta le storie cliniche di un caso a tipo delirante, di un caso a tipo di corea del Dubini, di un caso a tipo neuralgico, ed espone le ragioni in base alla quali si sente indotto a catalogare con sicurezza i primi 2 casi, con sufficente probabilità il 3°, fra le E. epidemiche, precipua quella dell'esistenza di forme di passaggio o miste fra i casi a tipo letargico e questi casi a tipo delirante, di corea del Dubini, neuralgico. A documentazione espone 2 casi nei quali i fenomeni di corea del Dubini si associavano a fenomeni deliranti letargici o di paralisi degli oculomotori comuni e dei facciali.

PRETI.

Accademia medica di Genova.

Presidente prof. TRAMBUSTI.

Seduta del 23 febbraio 1920.

La radiologia delle broncopolmoniti.

VITTORIO MARAGLIANO. (Istituto di radiologia). — L'A. dimostra e discute i reperti da lui messi in evidenza con ripetute radiografie e radioscopie di soggetti colpiti da broncopolmonite influenzale in vari periodi e in varie condizioni.

Sul valore terapeutico del Silbersalvarsan.

U. REBAUDI. (Ospedali civili). — L'A. ritiene che il Silbersalvarsan nella cura della sifilide rappresenti un ottimo antisifilitico che agisce in piccola quantità; è molto solubile ed è meno tossico dei preparati affini.

Modificazioni del tessuto interstiziale dei testicoli nella avitaminosi.

PAOLINA NOVARO. (Istituto di fisiologia). — L'A. dimostra che colombi privati nella dieta della vitamina B dimostrano degenerazione dell'epitelio dei tubuli testicolari e notevole ipertrofia ed iperplasia delle cellule interstiziali.

Sulle culture di meningococco.

L. MANFREDI. (Clinica medica). — L'A. ritiene che la cultura dia valori incomparibilmente più attendibili che non la semplice ispezione microscopica di qualche striscio del lcr; ritiene che i metodi culturali all'agar siero diano buoni risultati; anche l'agar semplice, purchè abbondantemente irrorato di lcr, si presta allo scopo.

Seduta dell'8 marzo 1920.

Presidente prof. TRAMBUSTI.

Contributo alla tecnica operatoria della plastica del torace.

TUSINI. (Clinica chirurgica). — L'A. riferisce su di un caso di voluminoso echinococco del polmone sinistro operato con metodo proprio: con la formazione cioè di un lembo cutaneo introflesso in modo da sostituire parte della pleura parietale e viscerale e chiudere così totalmente la cavità toracica.

Actinomicosi del collo.

E. A. DELFINO. — La neoformazione actinomicotica originatasi con tutta probabilità da una ghiandola linfatica della regione carotidea si estese a tutta la regione laterale destra anteriore del collo ostacolando respirazione e deglutizione. Sospettandosi un flemmone ligneo si

incise dando esito a piccole raccolte purulente disseminate. La cura iodica intensiva (fino a gr. 10 al giorno di K) diede risultati ottimi.

Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi dei calici renali.

S. ROLANDO. (Ospedali civili). — Un soggetto sofferente da due anni per dolori alla regione renale sinistra con ematurie intermittenti e con piuria fu operato di nefrectomia, dopo constatato che il valore funzionale del rene era ridotto a 1/4.

Il rene asportato presentava un tumore molle friabile impiantato nel calice inferiore e protundente nella pelvi renale con nefropapillite secondaria suppurativa. L'esame istologico del tumore dimostra trattarsi di un adenoma papillare. L'O. ammette come probabile una origine embrionale.

Intossicazione da alcool metilico.

A. CONNIO. (Istituto di fisiologia). — L'A. riferisce e riassume suoi precedenti studi sulle intossicazioni da alcool metilico insistendo sulla notevole utilità che consegue per l'organismo dalla neutralizzazione della marcatissima acidosi che alla intossicazione stessa consegue.

m. s.

Società medico-chirurgica Anconitana.

2ª adunanza 30 gennaio 1920.

Errori possibili nella valutazione dei sintomi della litiasi biliare.

LORENZO CAPPELLI. — L'O. ricorda i possibili errori nella diagnosi di colelitiasi, perchè assai spesso al tavolo operatorio il chirurgo non trova calcoli, ovvero anche tolta la cistifellea calcolosa, rimane sempre un ostacolo al deflusso della bile per una cefalo-pancreatite. In tali casi la testa del pancreas è ridotta per un processo flogistico, secondario o no alla colecistite. Riferisce alcuni casi personali ed uno in cui la cistifellea era piena di sabbia biliare, ma il cistico non era pervio per l'infiammazione suddetta. Egli tolse la vescichetta biliare e fece la stomia del condotto con drenaggio.

Di un caso di spirechetosi itterogena.

UMBERTO BACCARANI. — L'O. cita un caso caduto sotto la sua osservazione all'ospedale civile di Ancona, e fa osservare come, all'infuori della forma epidemica del fronte, non ne sono stati descritti focolai sporadici.

La malattia presenta dal lato clinico sopratutto tre sintomi: 1° Sindrome meningitica con prostrazione, cefalea intensa, nausea o vomito, sintoma di Kernig, lieve rigidità della nuca. 2° Sindrome nefritica, cioè una forma piuttosto grave di nefrite a tipo vascolare. 3° Sindrome itterica, cioè colorito speciale itterico giallo zafferano.

Nel maggior numero dei casi v'è anche ricaduta.

Iniettando 5 cmc. di sangue (o liquido cefalo rachidiano) nel peritoneo di una cavia si ha la morte dell'animale dopo 8-10 giorni con tutto il quadro anatomo-patologico dell'ittero emorragico.

Sull'ulcera del duodeno.

EMILIO FUÀ. — L'O. dopo avere accennato agli studi degli autori americani ed inglesi intorno all'ulcera del duodeno si domanda se realmente con la sola anamnesi sia possibile, come essi vorrebbero, fare una diagnosi esatta. Il tripode anamnestico sul quale si fonda la diagnosi è secondo il Moynihan, che ha dato all'argomento ricerche accurate e pubblicazioni notevoli, periodicità dei dolori, dolori tardivi e dolori della fame (Hungerschemerzen dei tedeschi, hungerpain degli inglesi). E l'O. riporta dei casi da lui avuti in cura in cui si aveva realmente la sola anamnesi caratteristica, senza che la palpazione, le ricerche chimiche e i raggi portassero nessun contributo diagnostico, e l'O. che non s'era creduto autorizzato ad emettere la diagnosi di ulcera ha veduto insorgere a distanza di mesi enterroragie imponenti che si sarebbero evitate diagnosticando a tempo e affidando il malato al chirurgo. Ma l'O. riporta ancora dei casi di cui uno personale in cui a tripode anamnestico caratteristico si dovè escludere l'ulcera per l'esame del contenuto gastrico (gastrite anacida) e per il risultato della radioscopia; e altri personali controllati all'operazione in cui un'ulcera del duodeno decorsa completamente senza sintomi si rese manifesta solo quando comparvero i sintomi di stenosi cicatriziale.

Di modo che l'O. crede di poter concludere che pur dovendo attribuire all'anamnesi tutta l'importanza dovuta, sia però esagerata la frase del Moynihan che nella diagnosi dell'ulcera duodenale l'anamnesi è tutto e le altre ricerche quasi nulla; ma che l'anamnesi debba venir sempre avvalorata e resa sicura da tutte le ricerche di laboratorio, e dall'esame radiografico e radioscopico specialmente.

Contributo casistico alla cura degli aneurismi traumatici.

ALBERTO CAUCCI. — L'O. presenta due casi personali; il primo, *aneurisma spurio della carotide interna, ulcerato, con emorragia in atto,* in seguito a ferita da coltello (da un mese cicatrizza-

ta), è stato trattato con *l'allacciatura della carotide primitiva, l'incisione e il tamponamento* della cavità aneurismatica; il secondo, *aneurisma arterovenoso della prima porzione dei vasi ascellari,* in seguito a ferita da pallottola di shrapnel (da un anno), aperta un'ampia via d'accesso a lembo a traverso la parete anteriore dell'ascella ed allacciata preventivamente la succlavia, è stato curato con l'isolamento e *l'estirpazione della sacca venosa,* separata dalla comunicazione con l'arteria, che venne allacciata lateralmente. Entrambi i casi guariti, con risultato funzionale ottimo. Riferisce intorno ad altri 17 casi, quasi tutti operati dal Matteotti, tutti soldati feriti da piccoli proiettili.

In complesso sono: aneurismi artero-venosi 8, ematoni arteriosi 11; cioè: aneurismi carotidei 2, ascellari 4, omerali 2, femorali 2, poplitei 3, cubitali e tibiali complessivamente 6.

Tutti trattati con la soppressione della cavità aneurismatica, tamponandola quando non era possibile estirpare il sacco, e l'allacciatura *in sito* dei vasi; in un caso solo (il secondo riferito dall'O.) le condizioni anatomiche consentivano il trattamento ideale con la conservazione della pervietà dell'arteria. Tutti sono guariti, nessun disturbo cerebrale negli aneurismi carotidei, nessun disturbo trofico negli arti.

SALVOLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'occlusione intestinale acuta come primo sintoma della tubercolosi del tenue; considerazioni sulla tubercolosi delle glandole mesenteriche.

La tubercolosi del tenue può decorrere per qualche tempo asintomaticamente; l'improvvisa occlusione dell'intestino può esserne il primo sintomo. Due di questi casi sono riferiti da F. Brüning (*Deutsche Med. Wochenschr.*, ottobre 1919). In uno dei casi, l'occlusione era stata causata da un'ulcerazione tubercolare stenosante; l'occlusione era stata resa completa dall'inginocchiamento dell'intestino in seguito ad aderenze peritoneali recenti. Nella resezione del tratto ammalato, fu asportata una parte troppo piccola; i punti di sutura, messi sulla mucosa non integra, non tennero, e il malato morì di peritonite. Nel secondo caso riferito, i sintomi d'occlusione erano causati da un'invaginazione intestinale. Il tratto invaginato presentava un' ulcera circolare infiltrante. L'A. pensa che la presenza di quest'ulcera abbia trasformato in quel punto la parete intestinale in un tubo rigido; questo avrebbe agito da corpo estraneo e sarebbe stato spinto, dalle contrazioni del tratto intestinale soprastante, ad invaginarsi in quello sottostante. L'operazione (resezione del tratto ammalato) ebbe buon esito.

Nella tubercolosi primitiva delle glandole mesenteriche, l'A. è d'opinione che si debba sempre eseguire la laparatomia. Se le glandole ammalate formano un ammasso non troppo voluminoso, ben delimitato, se si ritiene di poterle asportare senza ledere la parete intestinale, e se esse costituiscono l'unica localizzazione della tubercolosi, si può tentarne l'asportazione. Negli altri casi, si dovrà limitarsi all'asportazione parziale oppure alla semplice apertura dell'addome; come nella peritonite tubercolare, così anche nella tubercolosi delle glandole mesenteriche, la semplice laparatomia ha un'azione curativa notevole.

Nell'asportare le glandole ammalate, è bene procedere alla legatura del minor numero possibile di vasi sanguigni; si rischia altrimenti di provocare la cangrena dell'intestino per insufficiente irrorazione sanguigna.

Pollitzer.

Tossiemia intestinale.

Secondo Goldstein (*New York Med. Journal*, 1919) nei processi putrefattivi che si svolgono nell'intestino i batteri del gruppo *Bacillus aminofilus intestinalis* isolato da Berthelot, attaccano e idrolizzano le proteine, dando origine ad aminoacidi, alcuni dei quali sono di azione più o meno tossica.

Questi derivati possono ascriversi a due gruppi: monoamine e diamine (tipo del primo gruppo è la para-idrossi-fenil-etilamina; tipo del secondo gruppo è la β-iminazolil-fenol-etilamina).

Nel fegato gli amino-acidi vengono deaminati (così la monoamina sopra menzionata viene convertita in acido para-idrossi-fenilacetico, che si elimina come tale: l'A. lo ha dimostrato nell'urina in casi di tossiemia intestinale con ipertono del simpatico).

I due gruppi hanno azioni dissimili in quanto le diamine sono depressive, mentre invece le monoamine sono ipertensive.

Queste ultime assumono molto maggiore importanza in patologia. Esse sono simpatico-mimetiche, cioè attaccano di preferenza i neuroni simpatici (per es. l'azione sul tono vasale della monoamina sopra menzionata può valutarsi ad 1/20 di quella dell'adrenalina). Determinano così tutta una sintomatologia caratteristica, che può ascriversi al simpaticotonismo: pressione alta, tachicardia, eccitabilità generale, stitichezza ostinata con rilassamento del colon. In questi pa-

zienti si ottiene glicosuria somministrando 100 grammi di glucosio, oppure iniettando l'adrenalina. E' presente la reazione di Loewi delle pupille all'adrenalina. Si riscontra la reazione dell'acido para-idrossi-fenilacetico nelle urine, col metodo Mutch (ossia il reattivo di Millon dà un colore mogano scuro).

Riguardo alla cura, l'A. si è giovato degli antisettici intestinali ed in specie del timolo, di cui egli ripete la storia (introdotto in terapia da Knesmer nel 1878 e da Bozzolo nel 1881; di recente usato da Mc. Carrion nel gozzo esoftalmico, ecc.), alla dose di 5-10 grani (ossia 30-60 centigr.), due volte al giorno; è da avvertire che si debbono evitare l'alcool, la glicerina, gli oli e i grassi in genere, perchè dissolvono il rimedio: onde può essere conveniente di eseguire la cura sotto sorveglianza, entro una casa di salute; non è raro che il rimedio provochi qualche disturbo intestinale, ma in secondo tempo esso giova.

Altri antisettici usati dall'A. sono il β-naftolo, il salacetolo (acetil-metil-salicitato) con ittialbina, l'ittioformio (può dare irritazione gastrica).

L'A. si è valso anche di purganti leggeri e, meglio ancora, dell'olio di paraffina puro.

Egli ha tentato l'uso dei vaccini preparati col *Bacillus aminofilus intestinalis*; ma per ora ha poca esperienza al riguardo. R. B.

La produzione e l'assorbimento delle sostanze tossiche nell'occlusione intestinale.

La morte, nell'occlusione intestinale, è dovuta ad una tossiemia per formazione ed assorbimento di sostanze tossiche nell'intestino. La produzione di queste sostanze tossiche è indipendente dalla presenza in sè di residui alimentari della digestione, di prodotti della secrezione dello stomaco, del fegato, del pancreas: essa è dovuta all'azione di batteri (il cui intervento è indispensabile) sulle sostanze proteiche fornite o dagli alimenti digeriti o dai prodotti di secrezione o dalle cellule desquamate. I succhi intestinali, difatti, iniettati nel peritoneo o nelle vene di animali non sono tossici; mentre lo sono, e fortemente, i veleni derivati dall'azione di batteri sulle proteine.

Dragstedt, Mellintock e Chase, (*The Journ. of experim med.* agosto 1919) ai quali si debbono, importanti studi sui fattori che intervengono nella produzione delle sostanze capaci di determinare la morte o i fenomeni tossici nell'occlusione intestinale e di cui ho riferito brevemente le conclusioni, hanno ultimamente cercato di determinare i meccanismi di assorbimento e di azione di detti veleni.

L'isolamento e la chiusura di un'ansa del tenue, seguìta dal ristabilimento della continuità del restante intestino dà luogo ai segni di una occlusione mortale.

Se precedentemente tale ansa è stata lavata prima con acqua e poi con etere quasi il 50 % degli animali non muore per tossiemia. L'etere non agisce in questi casi per l'azione antisettica perchè sia con l'etere sia con qualsiasi altro antisettico non si riesce mai a sterilizzare la mucosa intestinale; l'etere non agisce dunque impedendo la formazione delle sostanze tossiche.

Poichè anche con l'uso, in luogo dell'etere, dei comuni astringenti (allume, tannino ecc.) si sono avuti gli stessi risultati, gli AA. citati hanno pensato che debba trattarsi di una coagulazione delle cellule della mucosa; con ciò verrebbe ad essere impedita, almeno temporaneamente, la secrezione intestinale e la distensione dell'ansa. Questa distensione ha, nell'assorbimento delle sostanze tossiche, una grande importanza per le lesioni della mucosa che vengono a prodursi, per i disturbi circolatorii che ne derivano e che a loro volta danno luogo a piccoli focolai di necrosi. Finchè l'ansa non è distesa la mucosa persistente, in seguito all'azione dell'etere, si oppone ad un eccessivo assorbimento di prodotti tossici, e l'azione protettiva del fegato è sufficiente a neutralizzarne gli effetti, data la scarsa quantità pervenuta in circolo.

D. M.

Le cisti gassose dell'intestino e del peritoneo.

Si tratta di formazioni cistiche che si sviluppano nello spessore delle pareti del tratto gastro intestinale e nei foglietti della sierosa peritoneale: il numero e la grandezza di tali cisti è vario; il contenuto è *gas*.

Letulle e Tuffier (*La Presse Médicale*, 1919, n. 78) che hanno avuta l'occasione di esaminare quattro casi di tale singolare affezione fanno noti alcuni dati di istopatologia atti a rischiarare la patogenesi di tali cisti.

Il punto di partenza è un ostacolo al corso della linfa: una linfagite cronica obliterante: i gas contenuti nella sacca sotto forte pressione, non sono patogeni: essi si mostrano appena irritanti per il rivestimento endoteliale dell'aneurisma linfatico.

Sicchè si ha distensione notevole di un segmento di vaso linfatico per parte di gas di provenienza oscura: l'esame delle pareti delle cisti mostra alterazioni antiche sia intestinali che peritoneali che si sono complicate in diversi punti di un accidente imprevisto: iniezione di gas nei canali linfatici preventivamente distesi e dive-

nuti varicosi a monte degli ostacoli causanti la linfangite cronica obliterante.

Gli AA. ricordano le osservazioni oggi comuni, nelle quali un intervento chirurgico, reso incompleto dall'impossibilità di estirpare il blocco di intestino o di peritoneo infarcito di cisti, ha determinato la loro guarigione.

Riassumendo: le cisti gassose del tratto digestivo e dei suoi involucri sierosi, costituiscono una complicazione della linfangite cronica obliterante e si accompagnano ad una peritonite cronica sclerosa: causa ne è probabilmente una infezione.

MONTELEONE.

L'appendicostomia, seguita da lavatura con nitrato d'argento, nelle dissenterie acute ribelli.

G. Cotte (*Soc. med. des Hôpitaux* 7 febb. 1919) ha curato diversi casi di dissenterie bacillari acute, ribelli ad ogni altro trattamento, con il seguente metodo: Sotto anestesia locale o rachidea viene praticata l'appendicostomia; a traverso la sonda, lasciata a permanenza nel cieco, si fanno lavature del crasso, con una soluzione di nitrato d'argento a 1 ‰. Già all'indomani, si nota diminuzione del tenesmo e del numero delle scariche. Dopo una quindicina di giorni, le feci riprendono la consistenza pastosa. Si sopprimono allora le lavature e si leva la sonda. La fistola, in seguito, si chiude spontaneamente.

L'A. aveva scelto per tale trattamento i casi in cui era concorde l'opinione di avere usato in vano tutti i sussidi terapeutici; in uno di essi, ammalato da una ventina di giorni, si era verificata una diminuzione di peso da 72 a 30 kg.

L'A. registra due insuccessi in casi di dissenteria grave a forma emorragica, ed accenna alla possibilità di stabilire al cieco un ano contro natura per lasciare il crasso in assoluto riposo.

l. b.

FORMULARIO.

Infuso lassativo:

Fiori di sambuco	gr.	15
Semi di finocchio	»	6
Semi di anici	»	5
Cremor di tartaro	»	4
Foglie di senna senza stipiti	»	24

m. div. in dieci pacchetti ug. (Gilbert).

l. b.

IGIENE.

La lotta contro la malaria.

Secondo Muhlens (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, fasc. 39, anno XLV, 1919), la campagna antimalarica si divide: 1° in lotta contro i parassiti; 2° in lotta contro i loro veicoli, le anofeli.

1° Uno dei mezzi profilattici più importanti è la cura dei malarici nel periodo premalarico, evitando di dare alle anofeli occasione d'infettarsi. Il rimedio specifico è il chinino.

La profilassi chininica va presa in considerazione soltanto in regioni malariche.

L'insuccesso del chinino a scopo di cura e di profilassi si attribuisce ai seguenti fatti: *a*) esistono dei plasmodi chinino-resistenti; *b*) abituandosi al chinino, esso riesce meno efficace; *c*) molte persone si sottraggono alla cura se non controllati; *d*) complicazioni gastro-intestinali possono renderla vana.

Anche in casi di profilassi coscienziosa non si potè impedire l'insorgere della malattia, peraltro spesso si ebbe una dilazione anche di mesi. In generale però i giudizi sulla profilassi chininica sono sfavorevoli. Secondo l'autore la profilassi migliore è la rete di protezione, se applicata bene a letto e camera;

2° *a*) lotta contro le anofeli: distruzione sistematica delle zanzare adulte, fumigazione con polvere di piretro, con zolfo, combinato eventualmente a cianato di soda (1 gr. per cmc.), l'uso dello spray adoperando tintura di piretro al 2 ‰, oppure miscela di 5 gr. di sapone e 2 gr. di formalina su 1 litro d'acqua (Giemsa) oppure il microtan, distruzione delle anofeli sul loro posto di svernamento, bruciandole con fiaccole o lampade a spirito;

b) lotta contro le larve e le uova: distruzione delle larve e crisalidi versando del petrolio o saprolo sulla superficie delle acque, che servono loro da dimora, impedendo così la loro respirazione, distruzione di tutte le raccolte di acqua stagnante, paludi, fossati, barili, cisterne, scatole di conserva che servono alle anofeli per la posa delle uova, allontanando la vegetazione circostante, favorevole allo sviluppo delle forme giovani.

R. Pr.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1104) *Solubilità dei cloridrati di chinina.* — All'abb. n. 7681:

Solubilissimo è il bicloridrato o cloridrato acido (neutro per alcuni autori); non così il monocloridrato o cloridrato neutro (basico per alcuni autori).

Alla temperatura ordinaria la solubilità del primo è del 150 % circa, quella del secondo è del 3 % circa: quindi 1 cmc. d'acqua è in grado di sciogliere 1.5 gr. del primo e appena 0.03 del secondo (il quale, pertanto, non può usarsi per le iniezioni).

Il farmacista cui accenna ha usato evidentemente il secondo invece del primo. R. B.

(1105) *Sull'uso della novocaina.* — Al dott. G. De Gregorio, Sorrento:

La quantità di novocaina consigliata nel n. 7 della Sez. Pratica per anestesia epidurale non determina fenomeni tossici. Ella può quindi attenersi esattamente alla tecnica e alle dosi consigliate dall'A. *t. p.*

(1106) Al dott. A. Ciotola:

Il lavoro del Pricolo, scritto in francese, dal titolo « Le trypanosome de la souris. Cycle de développement des trypanosomes chez le foetus », è pubblicato nel *Centralblatt für Bakteriologie*, 1 Abt., Originale, Bd. XVII, pag. 231.

L. d. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

MARCHESINI prof. RINALDO. *Compendio di ematologia.* Un vol. in-16 di pag. 171 con 2 tav. Amm. del « Policlinico », Roma. Prezzo L. 10. (Per gli abbonati L. 7).

Fra i metodi di laboratorio, che danno maggiore aiuto alla clinica, vanno indubbiamente annoverate le diverse ricerche, che possono farsi sul sangue e che sono andate assumendo un'importanza sempre crescente.

Allo studio degli elementi morfologici del sangue e delle loro modificazioni secondo le condizioni patologiche, alla descrizione dei numerosi parassiti che si possono riscontrare nel sangue, si sono aggiunte in questi ultimi decenni, quasi in un ritorno alla teoria umorale, tutte le ricerche sierologiche, le quali sono state tanto feconde di risultati pratici.

Il medico oggi deve essere al corrente di tutte queste nozioni, che gli permettono di arrivare ad una diagnosi più precisa, mentre gli possono dare la spiegazione di molti fenomeni, altrimenti oscuri, e sono poi il necessario fondamento per la conoscenza per le malattie del sangue propriamente dette.

Il « Compendio » del Marchesini, che viene presentato da una lettera del prof. V. Ascoli, offre il vantaggio di riunire, in piccola mole, tutte queste nozioni, che si trovano generalmente sparse, e di presentarle in logica connessione e con chiara esposizione.

I primi due capitoli sono dedicati alla descrizione generale del sangue, alla origine ed evoluzione delle cellule sanguigne: segue poi lo studio morfologico, fisico e chimico del sangue allo stato patologico, la descrizione dei parassiti (malaria, tripanosomi, bilharzia, ecc.) che vi si possono trovare.

In un capitolo speciale, vengono descritte le proprietà del siero sanguigno e le prove (agglutinazione, fissazione del complemento, ecc.) che su di esso si fanno.

L'ultima parte tratta delle indicazioni pratiche sulla tecnica per i preparati microscopici di sangue. Il volume è completato da un ricco indice terminologico, da utili schemi riassuntivi sulla costituzione del sangue, sulle sue malattie, sugli esami di esso e da due nitide tavole.

Il medico pratico, che non può ingolfarsi nello studio di voluminosi trattati di ematologia, troverà in questo utile manuale le indicazioni essenzialmente pratiche per i consueti esami di sangue e per la loro interpretazione. *fil.*

Dott. SANI LUIGI. *La semeiotica del sangue nel cavallo e nel bue.* Un vol. in-8° di 260 pag. circa. — Torino, Tip. Del Signore.

Le monografie sull'ematologia del cavallo e del bue sono in genere scarse ed incomplete. Il lavoro dell'A. espone in forma semplice e con moderno indirizzo di vedute il largo contributo degli studi dedicati a tale questione.

La tecnica microscopica e batteriologica, vengono ampiamente trattate e così pure i metodi d'esame fisici e chimici.

Segue poi lo studio della morfologia normale, delle principali malattie del sangue, e delle alterazioni ematologiche nelle diverse malattie. Una copiosa bibliografia completa il volume. *l. b.*

VARIA.

Quali sono le persone che vivono di più. — In una conferenza tenuta al Reale Istituto per la salute pubblica di Londra, il 29 gennaio 1920, il dott. Otto May, sanitario della « Prudential Assurance Company », rileva che il tipo ideale nei rapporti della longevità è dato dall'uomo piuttosto basso e che in età matura si mantiene alquanto al disotto del peso medio corrispondente alla sua statura.

Il sanitario della Compagnia d'assicurazione guarda con sospetto i giovani di alta statura e molto magri, in specie se nei loro precedenti o nella loro famiglia vi ritrova qualche indizio o qualche prova di tubercolosi.

Le persone pingui in genere non comportano buoni rischi per le compagnie, in nessuna età. Un peso scarso in età giovanile è sfavorevole; ma lo è ancora più un peso eccessivo. I benvenuti per la Compagnia sono i tipi sottili, nervosi.

Infine, un'investigazione fatta in America ha provato che gli individui alti e sottili vanno soggetti ad una mortalità molto più elevata degli individui bassi e sottili.

(*Medical Record*, 21 febbr. 1920). **R. B.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Gli Ordini dei Medici del Veneto e l'assicurazione contro le malattie.

Il 22 febbraio con gran concorso di intervenuti ebbe luogo un'assemblea straordinaria dell'Ordine dei Medici di Padova, con rappresentanza degli altri Ordini del Veneto.

Il prof. Silvagni ed il dott. Martinelli fecero una chiara e colorita relazione della promulganda legge sull'*assicurazione contro le malattie.*

Seguì una discussione cui parteciparono i dottori Randi, Zambler, Camurri, prof. Borgherini, prof. Palmieri, prof. Zaniboni, Veronese, prof. Fiocco. Risposero i due commissari.

Si chiuse la seduta votando un ordine del giorno col quale i convenuti, « udite le chiare relazioni del prof. Silvagni e del dott. Martinelli sul progetto di legge sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie;

« plaudono all'opera dei due commissari rappresentanti di classe in seno alla Commissione di studio, ed allo spirito informatore della legge, che risponde ad elevato spirito di provvidenza sociale; e fanno voti che l'azione dei commissari continui ancora ed il presidente della Federazione degli Ordini ed i rappresentanti delle categorie interessate sieno chiamati a prender parte alla Commmissione per la compilazione del regolamento;

« fanno voti che tutte le categorie dei medici vengano beneficiate in ugual misura dai vantaggi della legge ».

I medici liberi professionisti di Pavia.

In un'adunanza che si tenne presso l'Ordine dei medici fu costituita un'Associazione dei medici chirurghi liberi professionisti della provincia di Pavia.

Nella stessa adunanza, dopo ampia relazione del presidente del Comitato provvisorio professore Angelo Sangregorio circa lo stato attuale della questione riguardante l'assicurazione obbligatoria delle malattie (questione che vivamente interessa la classe sanitaria), si è discusso ed approvato lo Statuto sociale e si è proceduto alla nomina del Consiglio direttivo; alla presidenza fu chiamato lo stesso prof. Sangregorio.

Per la sistemazione economica dei medici condotti.

Avendo il presidente dell'A. N. M. C. sollecitato la Direzione generale di sanità perchè insistesse presso i prefetti per la esecuzione del D. L. 16 ottobre 1919, a quella presidenza fu spedito il seguente telegramma:

« Informo V. S. che il Ministero ha rinnovato prefetti telegrafiche premure per sollecita definizione pratiche relative sistemazione economica medici condotti e abolizione condotte piene. Soggiungo però che tale istituto ha in alcuni luoghi tradizioni troppe antiche perchè non sorgano tenaci resistenze alla abolizione e codesta presidenza vorrà rendersi conto della grande difficoltà superarle tutte pur col massimo buon volere in brevissimo tempo. Non dubito quindi che benemerita classe sanitaria continuerà mostrarsi animata da spirito moderazione considerando quanta responsabilità assumerebbesi se specie attuali momenti elevata morbilità perdesse sensazione suoi alti doveri verso infermi. Confido che V. S. vorrà spiegare opera sua tali sensi.

Pel Ministro: Grassi ».

Al che il presidente Martinelli rispose che, considerando condizioni sanitarie, si sarebbe atteso tutto marzo, confidando nell'energico intervento del ministro.

Le richieste dei medici condotti e la deliberazione del Consiglio Provinciale Sanitario di Palermo.

Sulle richieste dei medici condotti della Sezione di Palermo riflettenti i miglioramenti economici, il Consiglio sanitario provinciale, dopo un primo voto generico, ha emesso il seguente parere:

« *Omissis*... e ritenuto che la precedente deliberazione, per quanto ha attinenze al personale dei medici condotti, non ha portata di provvedimento modificatore della tabella organica, in quanto si limita alla assegnazione di una maggire corrisposta di L. 100 mensili da ottobre a dicembre 1919 a ciascuno dei medici condotti in carica;

che pertanto ed in rapporto alla succitata ordinanza della G. P. A. il comune deve di fatto ritenersi inadempiente;

riconfermato il proprio parere di massima, già espresso in seduta 23 ottobre 1919, per quanto si riferisce alla necessità di un trattamento economico in base uniforme per tutti i medici condotti;

Visto l'art. 25 T. U. leggi sanitarie 1 agosto 1907, n. 636;

Sentito il relatore;

Fatto salvo un diverso apprezzamento a seguito di eventuali contradeduzioni del Consiglio comunale;

E' di parere:

1° Che lo stipendio dei medici condotti sia elevato a L. 6000;

2° Che siano ai medesimi accordati quattro aumenti periodici quinquennali di L. 500 ciascuno ed uno di L. 600, così che possano i medici condotti, con 25 anni di servizio, raggiungere lo stipendio massimo di L. 8600, calcolando — pel nuovo inquadramento dello stipendio — gli anni di servizio dai medici medesimi prestato, a decorrere da quello della loro nomina regolare;

3° Che non si possa far luogo alla domanda di assicurazione con premio a carico del comune la garanzia della percezione dello stipendio, e quindi un compenso bastevole agli alimenti, essendo già sancita dallo art. 29 del regolamento 19 luglio 1906;

4° Che non si possa del pari dar luogo alla concessione di una indennità addizionale, votata dagli istanti, il numero dei poveri inscritti in elenco non potendo aver valore contrattuale (articolo 27 comma *a*) del cessato regolamento).

Per la posizione economica e morale dei direttori d'ospedale.

Il 5° Congresso dei direttori di ospedale — adunatosi sullo scorcio del 1919 nella città di Trieste — ritenuto che in linea di massima l'attuale ordinamento ospitaliero civile abbia gravi difetti specialmente per la deficienza di coordinazione fra i vari Istituti e per la disuguaglianza di criteri ai quali debbono obbedire le direzioni tecniche sanitarie ove esse esistono, costrette spesso a tollerare indirizzi empirici o comunque non sufficientemente fondati su elementi scientifici precisi ormai acquisiti e indiscutibili, dopo aver affermata la necessità di una legge di coordinamento analoga a quella dei manicomi;

considerando che la carica di direttore d'ospedale impone una larga preparazione tecnica specifica, per nulla inferiore a quella di primario, che esige lavoro diuturno gravoso per quantità e qualità, che implica responsabilità spesso gravissime; considerando altresì come sia opportuno per ragioni molteplici che egli non abbia l'esercizio professionale privato, riconobbe essere indispensabile che gli sia fatta una posizione economica tale da renderlo indipendente. Tale posizione riflette lo stipendio ed il trattamento di pensione.

Circa lo stipendio il Congresso propose:

1° Che pei direttori d'ospedale fino a 200 letti sia data una indennità di carica di almeno 3000 lire nette, oltre ad un adegnato stipendio di primario;

2° Che per i direttori di ospedali con servizi generali e con organizzazione ospedaliera completa, rispondente alle varie branche delle discipline mediche, lo stipendio del direttore, senza esercizio professionale, vari da 15.000 a 25.000 lire in proporzione del numero dei letti e secondo l'importanza dell'istituto;

3° Per tutti indistintamente: alloggio, illuminazione e riscaldamento gratuiti e tre aumenti quinquennali del decimo;

4° Che sieno ritenuti utili agli effetti della pensione gli anni di servizio prestati precedentemente in altre pubbliche amministrazioni;

6° Che l'attuale trattamento di pensione delle Casse nazionali venga integrato proporzionalmente allo stipendio;

7° Che dopo 25 anni di servizio il direttore abbia facoltà di chiedere la pensione indipendentemente dall'età e dalle condizioni di salute e che tale pensione venga liquidata in ragione di 4/5 della paga goduta;

8° Che compiuti 30 anni di servizio, il direttore abbia diritto a pensione intera.

Per il trattamento economico del personale sanitario ospedaliero.

I direttori d'ospedale, riuniti al V Congresso, hanno fatto voti che vengano prese in giusta considerazione dalle amministrazioni e dalle autorità competenti, le condizioni di stipendio e di pensione del personale sanitario addetto agli ospedali; il quale, salvo rare e lodevoli eccezioni, è trattato in modo quasi sempre insufficiente, e troppo spesso indecoroso per gli studi compiuti e per il grado che occupa.

Per i concorsi per medici ospitalieri e di condotte.

I direttori d'ospedale, riuniti al V Congresso, mentre plaudirono alla iniziativa che siano per tutti i concorsi medici ospedalieri prorogati i limiti d'età per il tempo corrispondente a quello della sospensione dei concorsi, fecero voti che venga tenuto in giusta considerazione *il servizio militare in zona di operazioni* e formi almeno sicuro titolo di preminenza a parità degli altri titoli di preparazione scientifico-pratica.

Sul concorso a direttore dell'ospedale di Mantova.

L'Associazione italiana dei direttori sanitari di istituti ospedalieri ha diretto al Consiglio d'amministrazione dell'Ospedale civile di Mantova la seguente lettera:

« Questa Giunta Direttiva, in rappresentanza degl'interessi e delle finalità dell'Associazione, essendo venuta a conoscenza della soluzione del concorso al posto di Direttore di codesto Ospedale, si onora di esporre alcune considerazioni in proposito.

Senza entrare affatto in merito alle singole persone e al loro valore rispettivo, sentiamo il dovere di rilevare e lamentare il fatto che in quel concorso non si è tenuto conto, malgrado il parere espresso da un membro competentissimo della Commissione giudicatrice, della prevalenza che dev'essere assicurata, per chi aspira a un posto di Direttore ospitaliero, dai titoli di carriera nell'ambiente dell'Ospedale e dagli studi specializzati in quella che a buon diritto è chiamata *Scienza ospitaliera*. Scienza ospitaliera appunto perchè, avendo la sua base nelle discipline d'igiene, studia tutto l'organamento ospitaliero in sè e nei rapporti sociali, e i di cui insegnamenti sono la miglior garanzia per ben dirigere un istituto sanitario.

Perciò questa Giunta plaude all'opera e al fermo contegno dell'esimio prof. Rabitti, il quale ha appunto valorosamente sostenuto questo principio. Si persuadano le amministrazioni ospedaliere che non sarà possibile un retto andamento degli Istituti loro affidati se non metteranno a capo della loro gestione tecnica dei *sanitari specializzati* allo stesso modo che dei sanitari specializzati sono posti a capo dei singoli riparti.

Molto si è fatto dalla classe medica per individualizzare tutto quest'ordine di studi e di cognizioni, e codesta Amministrazione vorrà convenire che è doloroso veder frustrato tutto un lavoro di preparazione e di progresso per opera proprio di quegli Enti a cui vantaggio questo progresso doveva servire.

Con osservanza.

p. la Giunta Direttiva: E. LIGORIO ».

Per la riduzione della tariffa telefonica per i medici.

Nell'ultima seduta del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma e Provincia venne preso in esame il nuovo decreto che aumenta in modo molto sensibile le tariffe telefoniche urbane. Allo scopo di richiedere al Governo una equa riduzione a favore dei medici, fu approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio, vivamente preoccupato dell'inasprimento arrecato alle tariffe telefoniche urbane, con nuovo grave danno economico alla classe sa-

nitaria romana, già tanto duramente provata; considerato che il telefono, per il medico, costituisce una necessità assoluta, strettamente inerente all'esercizio della professione, di enorme e quasi esclusivo vantaggio del servizio sanitario cittadino, fa voti affinchè S. E. il Ministro delle Poste, Telegrafi e Telefoni, con provvedimento di giustizia, voglia includere i Medici nella categoria di tariffa immediatamente inferiore a quella ora loro assegnata ».

Ad una rappresentanza del Consiglio, che si è recata a presentare e raccomandare il sutrascritto ordine del giorno al Ministro, questi ha dato affidamento che la richiesta sarà presa in considerazione.

ATTI PARLAMENTARI.

Per il miglioramento economico dei sanitari impiegati.

È stato presentato alla Presidenza della Camera il seguente ordine del giorno:

La Camera,

considerando che il trattamento economico dei sanitari comunali e delle istituzioni di pubblica beneficenza si trova tuttora in condizioni di grave iniquità nelle varie regioni d'Italia;

ritenuto che, in vista della legge sull'assicurazione contro le malattie, non si ritiene opportuno rimediare alla ingiusta condizione di costoro con apposite sanzioni legislative;

ritenuto, d'altra parte, che al riordinamento della vigilanza igienica e sanitaria nel paese si debba prontamente provvedere con una radicale riforma tecnica ed economica dell'istituto dell'ufficiale sanitario comunale od intercomunale;

invita il Governo ad assicurare con rapido ed efficace intervento del potere amministrativo, il reclamato miglioramento economico delle tabelle organiche dei sanitari suddetti nelle singole provincie ed a provvedere alla loro pronta applicazione.

Pietravalle, Ciocchi, Capasso, Caminiti, Dore, Evoli, Mazzarella, Colella, Paparo, Baglioni Silvestro, Bianchi Vincenzo, Cirincione, Pezzullo, Sgobbo, Farandà, Bianchi Carlo, Costa, Morisani, Anile, Castellino, Borromeo, Guaccero, Cingolani, Bergamo.

Per gli stipendi dei sanitari comunali.

L'on. Evoli ha interrogato il Ministro dell'Interno « per sapere quali provvedimenti intenda adottare perchè senza ulteriori indugi sia elevato in equa misura lo stipendio dei medici condotti, degli ufficiali sanitari, delle levatrici e dei veterinari condotti; e se approvi la singolare procedura del prefetto di Catanzaro, che, nel comporre la Commissione per lo studio dei miglioramenti economici del personale sanitario dei Comuni, non avvertì il dovere di includervi la rappresentanza degli interessati ».

Per una legge organica sulle assicurazioni obbligatorie.

L'on. De Capitani ha presentato al Ministero per l'Industria Commercio e Lavoro un'interrogazione, richiedendone la risposta scritta, « per sapere se non intenda di portare subito alla Camera, il progetto di legge per l'Assicurazione obbligatoria in caso di malattia, quale fu preparato dalla Commissione Reale (Commissione nominata di concerto fra il Ministero dell'I. C. L. e dell'Interno) insieme ai Decreti da convertirsi in legge sugli infortuni agricoli, sull'invalidità e vecchiaia, e sulla disoccupazione, in modo che il Parlamento possa coordinare le disposizioni di questi a quelle del progetto anzidetto sulla Assicurazione obbligatoria per le malattie, il quale fu compilato per servire ad una sistemazione organica delle assicurazioni e della assistenza per i rischi del lavoro ».

La crisi ospitaliera.

Il sen. Lustig aveva interrogato il Ministro dell'Interno « circa i provvedimenti che intende adottare il Governo per venire in aiuto alle amministrazioni ospitaliere la cui situazione finanziaria e l'andamento economico, anche in conseguenza delle attuali condizioni di vita, attraversano così grave crisi da portare all'esaurimento del patrimonio ed a non lontana limitazione o sospensione delle loro funzioni ».

Il Ministro dell'Interno, presidente del Consiglio dei ministri, ha così risposto in data 27 marzo 1920:

« Il Governo è già informato della gravità della situazione finanziaria della crisi ospitaliera, e ritiene che il miglior rimedio sarà dato dalle norme che regoleranno l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, norme contenute in un progetto di legge già presentato al Parlamento.

« Ad ogni modo per quanto riguarda i provvedimenti di natura finanziaria che possano per ora contribuire ad alleviare le deficienze finanziarie di tali Istituti, questo Ministero sta compiendo gli studi necessari e si ripromette in un tempo relativamente breve di comunicarne i risultati.

« Nell'occasione devo però far rilevare che col fondo, di cui al D. L. 3 ottobre 1918, n. 1452, sono state date larghe sovvenzioni agli Istituti ospitalieri del Regno, che se non altro sono valse a provvedere ai bisogni più urgenti di essi ».

Pro tubercolotici di guerra.

L'on. Maffi ha illustrato una sua proposta per un fondo destinato ai provvedimenti contro la tubercolosi di guerra. Con la legge che egli sostiene, si sancisce il diritto dei soldati malati di tubercolosi a non mendicare l'aiuto dal governo. Essa rappresenta un'economia al bilancio dello Stato in quanto viene a troncare tante bramosie sperequatrici.

Il ministro on. Falcioni non si è opposto alla presa in considerazione che la Camera ha raccolto all'unanimità.

Per gl'invalidi di guerra.

L'on. Maffi, svolgendo un suo ordine del giorno, ha rimproverato ai Governi che si sono avvicendati al potere una colpevole apatia di fronte ai bisogni e ai diritti degli invalidi, dei mutilati e dei reduci di guerra in genere. Ha reclamato pronti e adeguati provvedimenti.

L'oratore ha lamentato la lentezza nella liquidazione delle pensioni. Ha deplorato che la sanità militare sia pletorica e ne ha criticato l'ordinamento.

L'on. Nitti ha risposto all'on. Maffi rilevando che il Ministro del tesoro ha allo studio un progetto di assistenza per gli invalidi ed i reduci di guerra.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8195) *Pensioni - Indennizzi come Ufficiale sanitario.* — Dott. B. A. da P. del G. S. E. Andando a riposo con 28 anni di servizio e 55 di età liquiderà l'annua somma di L. 1126, E poichè Ella trovasi in età ancora relativamente giovane non sarebbe consigliabile l'abbandono del servizio attivo comunale. Alla pensione non è annessa alcuna indennità caro-viveri nè per il titolare nè per i figli. Non sarebbe del pari consigliabile rimanere in carica solamente sotto la qualifica di ufficiale sanitario sia perchè non è stabile avendo finora esercitato cumulativamente tale ufficio con l'altro di medico condotto, sia perchè le relative funzioni potrebbero essere, anche per rappresaglia, concesse al medico consorziale. Anche l'ufficiale sanitario ha l'obbligo della residenza, tranne che non si tratti di medico consorziale.

(8196) *Cura di poveri di altri Comuni.* — Dott. R. C. da M. Ella ha pienamente ragione. Non ha nessun obbligo di curare e di operare poveri infermi appartenenti a Comune diverso da quello in cui è titolare. Dippiù, avendo preavvisato il Comune di provenienza della necessità del pagamento ed avendo esso, in tempo debito, accettato l'impegno non vi ha ragione valida per esimersene ora. In caso di rifiuto ad eseguire il pagamento della somma, che se compete, può citare l'amministrazione municipale dinanzi l'autorità giudiziaria competente per valore.

(8197) *Pensioni.* — Dott. D. A. da M. di S. Perchè Le potessimo liquidare la pensione cui avrà diritto collocandosi a riposo occorre che Ella ripeta il quesito con la indicazione della età che avrà quando andrà in pensione.

(8199) *Medici coloniali.* — Dott. S. N. da L. Per conoscere tutte le notizie che Ella richiede circa il servizio, la carriera, gli stipendi e l'esercizio professionale dei medici coloniali sarà bene che si rivolga direttamente al Ministero delle Colonie.

(8201) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. G. da C. di S. Ella può pretendere da codesta amministrazione municipale, oltre le lire 100 accordate agli effetti del D. L. del 19 giugno 1919, anche le altre 200 concesse nello agosto dello stesso anno e ciò perchè allorquando fu pubblicato il precitato decreto del Giugno, il Comune non avea ancora deliberato il nuovo aumento, che si volle evidentemente concedere non ostante quello già decretato per tutti gli impiegati.

(8203) *Alloggio del medico condotto — Difficoltà di trovarlo.* — Dott. A. Z. da C. Nè alla Prefettura, nè all'Ordine dei medici, nè al Comune, spetta di cercare l'alloggio, di cui ha bisogno. Nè è possibile provvedere all'uopo mediante requisizione, che non sarebbe applicabile al caso. Fino a novembre prossimo vi è ancora del tempo ed Ella potrà pur trovare un posto conveniente per alloggiare. Ma se tutte le ricerche e le pratiche riuscissero infruttuose, potrà ricorrere al R. Commissario degli alloggi della Provincia perchè, se mai, induca con i suoi buoni uffici quel farmacista a cedere, per favore, l'alloggio di sua proprietà e di cui non sembra abbia assoluto bisogno.

(8204) *Pensioni — Pagamento contributi.* — Dott. C. F. da V. Gli anni passati dai medici condotti sotto le armi vengono calcolati agli effetti della pensione se gli interessati abbiano dichiarato in tempo di voler nel fraftempo continuare a pagare il prescritto contributo, che è anticipato dal Comune, salvo rivalsa. Il Comune non è poi mai esonerato dall'obbligo del pagamento del contributo proprio sia che il titolare medico condotto si trovi sotto le armi od assente sia che il posto si trovi vacante per dimissioni, morte, ecc. Vedere D. L. del 7 febbraio 1916 n. 221.

(8205) *Concorsi per la nomina di medici condotti.* — Ad un'Abbonato. I Comuni non possono nei concorsi per la nomina di medici condotti porre alcun limite di età per coloro che abbiano già prestato o prestino servizio in altre condotte, sia come interni sia come titolari. Il medico di 48 anni interino può, a nostro avviso, bene essere ammesso al concorso. La Commissione giudicatrice forma la graduatoria di tutti i concorrenti idonei e non semplicemente una terna.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. I. C. da M.:

La sua nomina ad ufficiale medico non può essere retroattivata.

I suoi colleghi possono essere stati effettivamente chiamati alle armi col grado di capitano medico, perchè curarono in un tempo utile, prima cioè che fossero chiamati alle armi, la presentazione dei documenti necessari per ottenere la nomina di ufficiale.

All'abb. n. 10,200:

Non può prevedersi per ora quando sarà fatto luogo ad ulteriori congedamenti di ufficiali medici e se quindi sarà seguìto il criterio per classe o per categorie.

All'abb. n. 1876:

La « Legge sullo stato degli ufficiali » dispone che durante la mobilitazione è sospesa la facoltà di chiedere le dimissioni dal grado.

Pertanto per presentare la sua domanda occorre che Ella attenda che sia pubblicato il decreto di smobilitazione.

All'abb. n. 10,259:

Non sono finora venute nuove disposizioni circa il premio di smobilitazione ed il pacco vestiario ai militari esonerati prima dell'armistizio.

All'abb. n. 10,659:

Con decorrenza 1° maggio 1919 l'indennità professionale per gli ufficiali del R. esercito è stata elevata da L. 300 a L. 1500 annue.

Per ottenere il pagamento della detta indennità occorre che Ella abbia prestato servizio militare oltre la data indicata: avrà diritto alla corresponsione dell'importo della differenza tra la vecchia indennità percepita, e la nuova recentemente stabilita. M. G.

Proposte per ricompense ai benemeriti della salute pubblica. — All'abb. n. 10872:

La diffusione dell'epidemia influenzale ha fatto sì che il numero di proposte è stato grandissimo ed è stato necessario un lungo lavoro di cernita e di indagine. Questo è ora ultimato e pare che nelle giornate di Pasqua si riunirà la commissione per l'aggiudicazione delle benemerenze.

a. i.

Assistenti volontari. — All'abb. n. 10910:

Per esesre ammessi in qualità di assistenti volontari presso le cliniche e gli istituti delle R. Unversità non esiste limite d'età. Il direttore dell'Istituto è l'uico arbitro. *t. p.*

CONDOTTE E CONCORSI.

CHIRIGNAGO (*Venezia*). — A tutto il 30 aprile, condotte; L. 6000, con tre quinquenni, fino a 500 famiglie povere, L. 5 ogni famiglia in più; L. 800 per il servizio nella zona malarica; L. 1800 per mezzo di trasp.; L. 600 quale uff. san. e L. 100 per trasferte relative; indennità straord. caro-viveri. Assunzione del posto entro un mese dalla partecip. di nom.

CORIANO (*Forlì*). — Condotta per il 3° reparto: proroga al 30 aprile L. 6000 lorde per 500 poveri e L. 1800 d'indennità cavalc. (in corso d'approv. aumenti L. 6500 e 2000). Età massima 35 anni.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio*. — Due medici chirurgi astanti; L. 2300 lorde oltre L. 1200 di caro-viveri. Scad. ore 16 del 30 aprile.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Consorzio con Vallio. Abitanti 2170. L. 8000 per i poveri, comprese indennità c. v., mezzi di trasp. e uff. san. Scad. 30 aprile. Capitolato modello. Rivolgersi al Sindaco.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — A tutto 30 aprile, due condotte (piene fino all'approvaz. del nuovo capitolato); L. 8000 lorde e L. 1200 di caro-viveri; L. 260 all'uff. san. Tre quinquenni del decimo. Età limite 40 anni. Servizio entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio.

S. ANDREA JONIO (*Catanzaro*). — 2ª Condotta; L. 4000 lorde; età massima a. 45; scad. un mese dal 5 aprile.

SIROLO. (*Ancona*). — Condotta; a tutto il 15 aprile; L. 6000 lorde fino a 500 poveri, L. 3 per ogni persona in più, indennità caro-viveri; lire 2400 per mezzi trasporto, ecc. Preferenza agli esperti in chirurgia. Assunzione entro 30 giorni.

VENEZIA. *Ospedale civile*. — Aiuto nelle divisioni chirurgiche II e III e nella divisione oculistica; L. 4800 lorde; titoli ed esami; biennio. Scad. 30 aprile. Chiedere annunzio.

R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE.

Sunto del programma pei concorsi a premi banditi nell'adunanza dell'8 gennaio 1920:

Fondazione Cagnola. — Per il 1920. Tema: Sullo stato colloidale della materia. Scadenza 1° aprile 1920, ore 15. Premio di L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Per il 1921. Tema: Lavoro originale includente nuove conoscenze che risultino di rilevante vantaggio per le scienze mediche. Scadenza 1° aprile 1921, ore 15. Premio L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Temi permanenti designati dal fondatore. Una scoperta ben provata: sulla cura della pellagra, o sulla natura dei miasmi e contagi, o sulla direzione dei palloni volanti (dirigibili), o sul modo di impedire la contraffazione di uno scritto. Scadenza 31 dicembre 1920, ore 15. Premio L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Fondazione Fossati. — Per il 1920. Tema: Illustrare con osservazioni e ricerche originali l'importanza che le ferite di guerra del sistema nervoso centrale e periferico hanno avuto sui progressi della conoscenza intorno a talune questioni scientifiche e di importanza pratica riguardanti l'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso. Scadenza 1° aprile 1920, ore 15. Premio L. 2000.

Per il 1921. Tema: Illustrare con ricerche originali, eseguite coi metodi perfezionati di tecnica, la fina organizzazione della retina negli animali superiori, anche dal punto di vista dello sviluppo. Scadenza 1° aprile 1921, ore 15. Premio L. 2000.

Per il 1922. Tema: Illustrare con ricerche originali un punto di anatomia macro o microscopica del sistema nervoso. Scadenza 1° aprile 1922, ore 15. Premio L. 2000.

Fondazione Secco-Comneno. — Per il 1924. Tema: Ricerche cliniche e sperimentali sopra eventuali rapporti fra sifilide e cancro. Scadenza 31 marzo 1924, ore 15. Premio L. 864.

Fondazione Zanetti. — Per il 1921. Premio di L. 1000 a quello fra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza 1° aprile 1921, ore 15.

Fondazione Ernesto De Angelis. — Per il 1920. Invenzioni, studi e disposizioni aventi per iscopo la sicurezza e l'igiene degli operai nelle industrie. Scadenza 31 marzo 1920, ore 15. Premio L. 5000.

PREMIO TRIENNALE GALLICO.

È aperto il concorso al premio triennale di L. 500, istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo, presso l'Accademia Medico-Fisica Fiorentina per lavori di sifilografia e pediatria.

Chiedere il regolamento all'Accademia medico-fisica, 33, Via Alfani, Firenze.

PREMIO LIDDLE.

Il premio triennale Liddle sarà assegnato al miglior lavoro presentato sull'«eziologia dell'influenza». I lavori debbono inviarsi, col metodo del «motto» al decano del Collegio medico degli Ospedali di Londra, non oltre il 30 giugno 1920.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Commendatori: Mattoli prof. Aristide, Chieti; Versari prof. Riccardo, Roma.

Cavaliere: De Rossi prof. Scipione, Roma.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grandi Ufficiali: Ascoli prof. Vittorio, Roma; Tamassia prof. Giovanni, Padova.

Commendatori: Clivio prof. Innocente, Pavia; Gallenga prof. Camillo, Parma; Lachi prof. Pilade, Genova; Lauro prof. Vincenzo, Napoli; Morisani prof. Teodoro, Napoli; Besta prof. Enrico, Pisa; Casagrandi prof. Vincenzo, Catania; Gallerani prof. Giovanni, Camerino; Barsotti professor Andronico, Lucca; Baduel prof. Cesare, Firenze; Cirincione prof. Giuseppe, Roma.

Cavalieri: Albertoni dott. Cesare, Pescarolo (Cremona); Vasta dott. Angelo, Riposto (Catania); Fragalà dott. Vincenzo, Piedimonte Etneo (Catania).

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Pietro Castellino, ordinario di Patologia speciale medica dimostrativa di Napoli, è trasferito, col suo consenso, alla cattedra della 2ª Clinica medica della R. Università medesima, conservando il grado e lo stipendio, a decorrere dal 16 ottobre 1919.

Il prof. Giuseppe Ruggi, già ordinario di clinica chirurgica e medicina operatoria nella Regia Università di Bologna, è nominato *professore emerito*.

Il Consiglio ospitaliero di Mantova ha nominato direttore dell'Ospedale civile il concittadino prof. dott. cav. Arrigo Visentini, aiuto di anatomia patologica nella R. Università di Pavia.

ALBO D'ORO.

Dott. Giuseppe Sculco, da Siena, *Medaglia d'argento*. — « Sottotenente 85° Reggimento Fanteria. Comandante di un plotone dopo tre giorni di sanguinoso combattimento, con insuperabile slancio guidava gli avanzi del proprio reparto in un disperato assalto per la conquista di un punto di somma importanza e violentemente battuto dal fuoco avversario.

Ferito da una pallottola di fucile una prima e una seconda volta, continuava con fermezza ammirabile nell'assalto finchè colpito da due altri proiettili, ruzzolò lungo il roccioso pendìo e venne raccolto privo di sensi.

Coston di Lora (Pasubio) 10-12 giugno 1916 ».

Durante la campagna di guerra 1915-18 sono state conferite inoltre allo stesso dott. Sculco *due croci al merito di guerra* per l'esemplare condotta tenuta in vari combattimenti e durante il suo servizio militare al fronte.

Per speciali benemerenze acquistate durante la guerra, nell'esercizio della loro difficile e pericolosa missione, è stata concessa la nomina ad ufficiale di S. Maurizio e Lazzaro al colonnello medico Gualdi cav. Carlo; a cavaliere dello stesso ordine il ten. colonnello med. Miraglia cav. Eustacchio, tenente colonnello Volpe cav. Mazzini, maggiore medico Grassi cav. Giuseppe; maggiore medico Biondi cav. Giuseppe; a cavaliere della Corona d'Italia: maggiore medico Matozzi Scafa prof. Guglielmo, cap. med. Pepe dott. Benedetto.

COLTURA SUPERIORE.

Per la riforma dell'insegnamento medico in Inghilterra.

Il prof. G. Makins (*British Medical Journal*, 8 nov. 1919) trova che oggi sussistono due inconvenienti principali nell'insegnamento della medicina in Inghilterra: in primo luogo lo sviluppo eccessivo dei corsi scientifici sopraffatica lo studente, lo fa smarrire tra i dettagli e gli fa trascurare la visione dei principî generali e la preparazione alla pratica corrente; in secondo luogo manca una correlazione tra i vari insegnamenti.

Egli propone di limitare il numero dei corsi. Sopprimerebbe quelli di scienze biologiche: le nozioni relative verrebbero ripartite tra i corsi medici; ad esempio la botanica verrebbe aggregata alla farmacologia, la zoologia e l'anatomia comparate verrebbero richiamate nei corsi di anatomia umana e di fisiologia.

Gli altri insegnamenti potrebbero ridursi come segue: 1° anno: chimica, fisica, e anatomia; 2° anno: fisiologia ed esercitazioni di anatomia disposte in modo da svolgere un programma correlativo; 3° anno: patologia e farmacologia, questa integrata dagli elementi della materia medica; durante le ferie estive insegnamento elementare pratico dei metodi clinici; 4° e 5° anno: materie professionali (cliniche, igiene, medicina legale), come oggi. Ridurrebbe anche il numero degli esami; sopprimerebbe quelli di chimica e di fisica, potendo bastare gli interrogatorî fatti durante il corso dall'insegnante; alla fine del 2° anno verrebbe sostenuto un esame di anatomia e fisiologia; alla fine del 3° uno di farmacologia e di patologia; alla fine del 5° uno sulle materie professionali.

Affinchè non venga a mancare la coordinazione tra i vari insegnamenti, propone che si stabiliscano convegni fra insegnanti e dimostratori. In questi convegni verrebbero esposti, discussi e modificati i programmi.

Per quanto concerne le materie professionali, l'A. insiste sulla necessità di insegnare i metodi semplici, sopratutto nel campo diagnostico: i mezzi di laboratorio dovrebbero valere solo di complemento e di conferma.

Cinque anni di studio (quanti ne occorrono attualmente in Inghilterra per conseguire il diploma di medico) non bastano a formare dei medici esperti. Per chi vuole perfezionarsi o consacrarsi agli studi superiori o specializzarsi e per i medici anziani che volessero rinfrescare le loro cognizioni, bisognerebbe istituire dei corsi *regolari* di complemento: una « scuola medica secondaria », con grandi ospedali bene organizzati e dotati di molti laboratori.

Pei laboratori sarebbe conveniente di avere degli insegnanti fissi, *ad hoc*, ma per i corsi clinici sarebbe utile di valersi anche dei primari d'ospedale, reclutandoli per periodi brevi, ad esempio di cinque anni.

R. B.

COMMEMORAZIONI.

Per una lapide in memoria del prof. Achille De Giovanni nell'Università di Padova.

Alla memoria dell'on. sen. Achille De Giovanni saranno resi onori dal Rettore dell'Università di Padova prof. Luigi Lucatello, che attende con un Comitato alla erezione d'una lapide monumentale da murarsi in quell'Ateneo. Il concorso alle onoranze postume sarà unanime, perchè tutti ricordano con simpatia il venerato e compianto maestro, ed il limpido suo pensiero clinico.

Achille De Giovanni continuò fino all'ultimo la via impresa: la grande via antropologica e clinica. Egli aveva determinati i principî fondamentali della morfologia, esponendo in una parte generale il metodo, onde vanno condotte le osservazioni e le esperienze cliniche. Nella speciale poi era sceso ad esempi ed applicazioni pratiche. Il medico non ha da essere soltanto un chimico, che trovi formule, un batteriologo, che stemperi colture, o un anatomista, che guardi la

lesione evoluta sui tessuti lesi: così insegnava il Clinico. Tutte quelle ricerche egli apprezzava e ricercava, ma edotto però dall'esperienza clinica e da ragioni altissime del metodo naturalistico, voleva che, alla ragione morfologica, e allo studio della individualità, venissero riferite.

Nel mondo esteriore varie sono le cause che inducono l'uomo ad ammalare, ma tutte queste *cause esogene,* non operano sempre e in ugual maniera sulla individualità, nella quale per *cause endogene,* legate alla costituzione, prendono tipi svariati e complessi le molteplici forme morbose cliniche. Il concetto che pure in clinica si ricollega con la varietà e variabilità, è quello stesso che informa il grande problema della morfologia generale, la cui meta è di investigare la organizzazione animale e il processo ond'essa s'è venuta formando. Per cause svariate relative all'ambiente, all'uso o disuso di funzioni, ad eccessi continuati e violenti, o per ereditarietà, o per fatti acquisiti o infine per fatti di selezione ne conseguono fenomeni clinicamente riferibili alla varietà individuale. Sulla quale poi il fatto morboso agisce svariatamente, a seconda dell'individualità stessa. Perciò i processi della vita malata vanno assumendo atteggiamenti a forme varie e complesse, ed offrono tipi di reazioni organiche diverse e multiformi. Con la varietà sono clinicamente spiegabili fatti morbosi e disturbi tuttora incerti e indeterminati. Pongasi mente che la morfologia è l'espressione sintetica della funzione e dell'organo, e che organo e funzione sono due aspetti: statico, il primo; dinamico il secondo, di un solo fenomeno: la vita.

La morfologia perciò è indice dell'evoluzione organica ed è risultato dello studio profondo dell'essere e della individualità: ond'è che dalla forma del corpo esteriore siamo condotti a penetrare colla mente (edotta dai veri positivi della scienza) sino alla cellula primitiva.

Da questa incomincia la varietà dell'essere. Le varietà vano riferite a deviazioni dal tipo normale; si tratta di disturbi congeniti od ereditari nell'organizzazione di questo o di quel sistema od apparato organico, o di più sistemi ed apparati. Disturbi che, come ritenne lo Ziegler, possono originare dal germe, ed apparire come altrettante variazioni spontanee od ereditate dai predecessori.

Il De Giovanni pertanto voleva che non si dimenticasse mai l'individualità e la ragione morfologica nelle indagini semeiotiche, per comporre la nozione clinica secondo il metodo naturalistico: metodo del quale egli fu Maestro efficacissimo e suadente.

Genova, marzo 1920.

Prof. LUIGI MASSINI.

Alla memoria del prof. Guareschi.

A Torino si sono costituiti un Comitato d'onore e un Comitato esecutivo per onorare la memoria del prof. Icilio Guareschi che fu cittadino integerrimo, studioso insigne, maestro venerato nella Scuola di farmacia di quella R. Università.

E poichè Egli fu anche soldato patriota, il Ministro della guerra ha con generoso pensiero concesso il bronzo austriaco necessario per la fusione del ricordo.

Ora si raccolgono le adesioni che ovunque si presentano numerosissime.

NOTIZIE DIVERSE.

Il V Congresso internazionale per la protezione della infanzia.

È indetto a Londra per il prossimo settembre, sotto l'alto patronato del Re d'Inghilterra.

Verranno svolte le seguenti relazioni:

1° *Questioni di ordine medico*:

A) L'influenza del calore estivo sui lattanti;

B) Isolamento negli ambienti destinati ai lattanti.

2° *Questioni di indole filantropica*:

A) Influenza della mutualità nella protezione dell'infanzia (mutualità materne);

B) Organizzazione della professione di bambinaia.

3° *Questioni di ordine amministrativo*:

A) Proposta di un quadro uniforme da adottarsi in tutti i paesi per la consegna delle relazioni statistiche mediche delle Opere di protezione della infanzia:

a) per le consultazioni di puericoltura;

b) per gli asili e locali di riunione per bambini;

B) Insegnamento dell'igiene infantile alle maestre ed agli allievi delle scuole primarie, secondarie, normali e nei licei delle giovanette.

Per maggiori informazioni dirigersi alla signorina J. Halfod, segretaria generale del Congresso: 4, Tavistok Square, Londra W. C.

Per i congressi e le esposizioni di Monaco.

Per i congressi e le esposizioni di Monaco Principato, a favore delle stazioni termo-minerali, balneari e climatiche, le Ferrovie dello Stato hanno concesso la riduzione del 40 % al 60 % sulle tariffe normali. Le tessere che hanno diritto al ribasso (tariffa differenziale B) sono rilasciate dalla delegazione generale per i Congressi e le esposizioni presso il T. C. I. in Milano, e per i Congressi delle Città d'Acque dal Comitato italiano, via Palermo, 58 in Roma.

Il Ministro dell'interno ha impartito disposizioni perchè i passaporti, siano rilasciati immediatamente ai congressisti muniti di tessere.

Propaganda culturale italiana.

L'*Istituto per la propaganda della cultura italiana,* sorto di recente sotto gli auspici del ministro della P. I., di Ferdinando Martini e di Ubaldo Comandini e che ha una degna sede a Roma in via del Campidoglio n. 5, si propone di intensificare in Italia e di far nota all'estero la vita intellettuale italiana, di favorire il sorgere e lo svilupparsi di librerie, di biblioteche, di scuole librarie e di arti grafiche, di promuovere traduzioni delle opere più rappresentative del pensiero italiano, di istituire premi e borse di studio a favore di scrittori, librai, artieri, del libro e di diffondere largamente nel mondo con metodi ingegnosi e finora intentati, ma che già stanno per essere imitati all'estero, le proprie pubblicazioni tradotte in più lingue.

Organo ufficiale dell'Istituto è il vivace periodico bibliografico l'*I. C. S.* (*L'Italia che scrive*) e sarà iniziata prossimamente la pubblicazione di una serie di *Guide bibliografiche* divise per

materie, che costituiranno un vasto e compiuto bilancio del contributo portato dagli italiani alla civiltà universale negli ultimi decenni.

L'Istituto sarà una specie di *Touring* della cultura: i soci, con una piccola quota annuale (L. 10), ricevono gratis le pubblicazioni dell'Istituto.

Per una nuova cura dei malarici.

Si è costituito a Milano un Comitato promotore di un nuovo metodo di cura dei malarici.

Il dottor Antonino Pais ha potuto ottenere con applicazioni fugaci dei raggi X sulla milza dei malarici, modificazioni tali negli organi in cui si annidano i parassiti, da rendere possibile una vittoriosa reazione dell'organismo ed un conseguente risveglio delle energie difensive, come precisamente accade quando l'ammalato viene portato a grandi altezze. (Vedi *Gazz. d. Osped.*, 1917, n. 84 e 1919 n. 88; *Ann. d'Ig.*, 1919, n. 6; *Policl.*, S. Pr., 1920, n. 9).

Le prove del metodo, controllate da illustri scienziati e clinici, furono favorevoli, onde il Comitato, composto del sen. prof. Mangiagalli, presidente, dai signori Albertini, Gavazzi, Pirelli, Saldini, dagli onorevoli Valvassori-Perroni e Salterio, avv. Mazza, segretario, intende promuovere un largo esperimento di bonifica nella zona malarica che circonda Roma (Fiumicino, Ostia, ecc.), affidandone alla direzione del dottor Pais, per ricercare così il valore pratico della nuova terapia ed applicarla su vasta scala in altre regioni.

Beneficenza.

La signorina Laura Bonanni di Ciro, morta a Spezia in età di 25 anni senza eredi diretti, ha lasciato erede universale delle sue sostanze che ammontano a circa 100 mila lire, la locale sezione dell'Associazione contro la tubercolosi.

Gli onorari ai professori della Facoltà medica di Parigi.

Come abbiamo già annunziato, sono stati elevati a 25.000 ed a 23.000 franchi, in rapporto con il rincaro generale della vita.

I professori vengono ripartiti in due classi, con riferimento alla loro anzianità; quelli ascritti alla 1ª classe percepiscono lo stipendio più elevato; quelli ascritti alla 2ª lo stipendio più basso.

Un recente decreto del Ministero della pubblica istruzione e delle arti belle assegna alla 1ª classe i professori Richet, Pouchet, Hutinel, de Lapersonne, Gilbert, Roger, Nicolas, Ribemont-Dessaignes, Quénu, Prénant, Widal, Chauffard e Weiss; assegna alla 2ª classe i professori Delbet, Marfan, Hartmann, Bar, Marie, Broca, Teissier, Dergrez, Lejars, Achard, Robin, Legueu, Letulle, Couvelaire, Carut, Bezançon, Vacquez, Dupré e Jeanselme.

L'elevamento dello stipendio avrà effetto retroattivo, a partire dal 1° luglio 1919.

Notizie sanitarie da Pietrogrado.

Le ultime notizie sullo stato sanitario di Pietrogrado sono raccapriccianti.

Sulla superstite popolazione di 400.000 abitanti si contano migliaia e migliaia di decessi; vi è una terribile epidemia di tifo esantematico; il 9 marzo vi furono 225 casi di peste asiatica.

Si sta studiando di domandare ai governi alleati di indurre il Governo della Repubblica dei Sovieti ad ammettere la Croce Rossa, per tentare di salvare Pietrogrado che dall'attuale condizione di cose è condannata alla morte.

Sciopero di medici a Vienna.

I primari e gli assistenti degli ospedali di Vienna hanno deciso ed attuato lo sciopero ad oltranza.

Per la cura dell'influenza.

La « Post » di Denver (Stati Uniti d'America) ha stabilito un premio di 25.000 dollari per il medico che scoprirà un rimedio per l'influenza, la cui efficacia sia provata dalla Fondazione Rockefeller e dall'Università Johns Hopkins.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp*

Anno XXVII Roma, 12 aprile 1920 Fasc. 15.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Sul comportamento del "Bacterium coli,, nel latte

per il prof. COSTANTINO GORINI,
direttore del Laboratorio di Batteriologia della R. Scuola Superiore di Agricoltura di Milano.

Il biochimismo del *Bacterium coli* è fra i più discussi, come lo attestano la ricca letteratura e le numerose sottospecie e varietà a cui ha dato luogo. Proprietà che per alcuni autori sono fondamentali, per altri sono accessorie; al tipo che, sembrando il più diffuso, risponde al prisco nome di *Bacillus coli communis*, se ne è aggiunto un altro, per la sua maggior frequenza denominato *Bacillus coli communior;* specie che prima erano classificate separatamente, come il *B. lactis aërogenes*, il *B. acidi lactis Hüppe*, il *B. cloacae*, il *proteus*, vengono talora conglobate in un medesimo gruppo detto « del Colon » (Rogers) (1) o della « microflora intestinale ». E le controversie fra gli investigatori s'impegnano tuttavia, talchè la definizione del genere incontra molteplici modificazioni.

Taluni dispareri sono stati già appianati mercè perfezionamenti nei metodi di indagine. Così accadde nei riguardi della produzione dell'indolo, la cui determinazione ha subito progressivi miglioramenti, sia impiegando, giusta il mio consiglio (2) particolari qualità di peptone nell'allestimento dei terreni di cultura, sia usando, a seconda dei tipi, culture in brodo Liebig o in acqua peptonizzata con o senza triptofane, sia mettendo in evidenza la reazione per duplice via, cioè col processo Salkowsky all'acido solforico e col processo Ehrlich alla paradimetilamidobenzaldeide.

Uno dei punti di maggiore contestazione riflette il comportamento del *B. coli* nel latte. Mentre in origine una delle caratteristiche essenziali per cui il *Coli* si differenziava da altri germi similari e segnatamente dal bacillo del tifo era, conformemente allo scopritore Escherich, la proprietà di coagulare il latte; in seguito essa è andata perdendo tanto del proprio significato da essere da taluni messa fra le accessorie e da tal'altri perfino trascurata del tutto fra i criteri diagnostici del gruppo (Neri) (3). Ciò deriva dalle incertezze in cui si dibattono gli autori a proposito di singoli tipi di *Coli* che ora coagulano ed ora non coagulano il latte. Curiosa è la diversa casistica recata dagli Autori; Konrich (4), che ha fatto uno degli studi più esaurienti sopra 2387 stipiti, riduce al 24,14 % la proporzione degli stipiti di *Coli* che non coagulano il latte; nè manca chi continua ad assegnare al potere coagulante un valore, se non assoluto, certa-

mente probativo per caratterizzare i *Coli* di una determinata origine; ma pur qui il divario non potrebbe essere più stridente, imperocchè, ad es., i *Coli* fecali sono per alcuni i più costanti a coagulare (Crossonini) (5), e per altri invece sono i meno costanti (Konrich).

A chiarire e dissipare le discrepanze, si possono invocare e la temperatura di incubazione che varia dai 37° ai 46° C., e la durata dell'osservazione che va dai 5 ai 15 giorni, e fors'anco la quantità della semente; ma sopratutto ho pensato possa giovare un accorgimento di tecnica nell'allestimento delle lattoculture, che già era scaturito dai miei studi sui fermenti lattici (6). Insegnai allora come il comportamento dei fermenti lattici nelle lattoculture fosse diverso, a norma che il latte era stato sterilizzato blandamente in guisa da conservargli il proprio colorito bianco, oppure profondamente in guisa da fargli assumere una tinta bruniccia che si accompagna ad una modificazione chimica, per cui ne viene pregiudicata l'attitudine alla coagulazione mediante presame, pur mantenendo la coagulabilità mediante acidificazione. Ne viene che i fermenti lattici fortemente acidificanti sono capaci di coagulare tanto il latte bianco quanto il bruniccio; invece i fermenti lattici deboli acidificatori coagulano solamente il latte bianco perchè, per rapprendere il latte, abbisognano dell'aiuto dell'enzima presamico, da essi elaborato, il quale non agisce sul latte bruniccio. Orbene: analogo atteggiamento io ho osservato fra i *Colibacilli* che da lunga pezza vado isolando nelle mie ricerche sulla microflora del latte, delle feci e dei foraggi; cosicchè ho dovuto modificare il mio giudizio di anni addietro (1894) (7), in cui avevo classificato il *Coli* fra i batteri non presamigeni. Per tal via sono giunto a ravvisare due tipi di *coli* che si differenziano nettamente per il potenziale d'acidificazione: il tipo che coagula solamente il latte bianco, ma non l'imbrunito, arriva appena a produrre un'acidità lattica attorno al 1/2 %; l'altro tipo, che coagula anche il latte bruniccio (sebbene con sensibile ritardo sul latte bianco), produce un'acidità lattica dall'1 1/2 al 2 %. Vogliasi notare che le lattoculture sono tenute per 15-45 giorni alla temperatura di 38-40 C. che, a mio avviso, è la più opportuna, verosimilmente perchè agevola l'azione del presame; avvertasi inoltre che la titolazione dell'acidità va eseguita tempestivamente, perchè in seguito certi stipiti di *Coli* presentano il fenomeno della reversione dovuto alla produzione di sostanze a reazione alcalina, fenomeno che è per l'appunto frequente nei *Coli* più acidogeni giacchè, essendo essi anche i più acidoresistenti, le loro attività possono continuare anche dopo la cessazione della fermentazione del lattosio.

I miei accertamenti mi autorizzano a sollevare il sospetto che la mancata coagulazione del latte, osservata dagli A. presso molte razze di *Colibacillo*, sia da attribuire al fatto di avere esperimentato con latte troppo profondamente sterilizzato; questo sospetto è tanto più giustificato in quanto pochi sono gli esperimentatori che indicano il processo di sterilizzazione adottato e molti sono i trattati di batteriologia che prescrivono di sterilizzare il latte a temperature tali da alterarne notevolmente il colorito. Fatto sta che io non ho ancora incontrato un ceppo di *Colibacillo* che non abbia coagulato il latte sterilizzato bianco; non solo, ma soggiungerò che, avendo sottoposto a controllo parecchi stipiti di *Coli* e di *Colisimili* provenienti da laboratori italiani e stranieri, li trovai dotati di potere coagulante, contrariamente all'affermazione dei colleghi che me li avevano favoriti. Osservai, è vero, talora, un notevole ritardo nella coagulazione, massime quando la temperatura di incubazione era rimasta al disotto dei 38-40 C.; ma in tal caso bastava sottoporre le lattoculture, dopo 8-10 giorni, ad un tenue riscaldamento perchè si rapprendessero, dappoichè in tal guisa veniva agevolata l'azione dell'enzima presamico. (Rammento, a questo proposito, lo stratagemma di alcuni Autori di indagare la coagulabilità delle culture di 24-48 ore, portandole a 100° C.). Ne concludo che la proprietà di coagulare il latte sterilizzato bianco può ben figurare fra i criteri diagnostici del *Coli*.

* * *

Un'altra constatazione, alla quale hanno condotto queste mie ricerche, si è che i due tipi suaccennati di *Coli* non sono ugualmente e indifferentemente distribuiti nei vari ambienti: latte, feci e foraggi. Mentre ho riscontrato che nel latte siffatta distribuzione è mutevole, nel senso che talora prevale un tipo, talora prevale l'altro, e talora i due tipi si equilibrano, invece nelle feci, tanto bovine quanto umane, ho trovato una costante maggiore abbondanza del tipo di *Coli* a debole potenziale acidificatore, e nei foraggi invece una costante maggiore abbondanza del tipo di *Coli* a forte potenziale acidificatore. Questa constatazione suggerisce diverse considerazioni di ordine scientifico-pratico.

In primo luogo vien fatto di domandarsi una spiegazione del diverso *habitatum* dei due tipi di *Coli*. La loro variabile proporzione nel latte può essere facilmente messa in rapporto colla variabilità della duplice fonte di inquinazione microbica a cui il latte va soggetto, la contaminazione fecale e la contaminazione foraggera. Ma il contrasto fra il costante predominio numerico del tipo vigoroso nei foraggi e del tipo

debole nelle feci bovine non trova un'apparente ragione se non supponendo un processo di attenuazione fermentativa acidogenica del *Coli* attraverso l'intestino; siffatta ipotesi attende naturalmente la ratifica sperimentale. Peraltro anche i *Coli* delle feci umane stanno ad attestare che l'intestino non è l'ambiente più favorevole alla loro attività acidogena.

In secondo luogo mette conto di porre in guardia che, nella ricerca del *b. Coli* nelle acque come indice di contaminazione organica, può tornare utile bensì d'interrogare il potere coagulante del germe sul latte, purchè però si abbia cura di usare latte non profondamente sterilizzato; se si usa latte bruniccio, si corre pericolo di trascurare la presenza di *Coli* di provenienza animale e di dar peso invece a *Coli* di provenienza vegetale, il cui significato inficiante è assai minore.

* * *

Concludendo, queste mie ricerche dimostrano:

1° Che il *bacillus Coli* presenta un diverso comportamento nelle lattoculture, a seconda del suo potenziale acidogeno; per cui si possono stabilire due tipi di *Coli*: uno acidificante vigoroso che coagula anche quando il latte ha subìto, per effetto della sterilizzazione, modificazioni tali da acquistare una tinta bruniccia; un altro tipo acidificante debole che arriva bensì, col concorso del suo enzima presamico, a coagulare, purchè però il latte sia convenientemente risparmiato nel processo di sterilizzazione, così da conservare il proprio colorito bianco. L'ideale così da non richiedere processi profondi di sterilizzazione;

2° Che la distribuzione dei due tipi di *Coli* nei vari ambienti si manifesta con una maggior frequenza del tipo vigoroso nei foraggi e del tipo debole nelle feci bovine ed umane; nel latte la proporzione è mutevole in conseguenza della duplice via di contaminazione foraggera e fecale;

3. Che dall'insieme delle osservazioni fatte viene ad essere rafforzato il valore diagnostico del potere coagulante del *Coli* e si rendono suscettibili di appianamento molti dispareri sull'argomento, massime nei riguardi del giudizio igienico sulle acque.

BIBLIOGRAFIA.

(1) « Journ. of infect. Diseas. », 1914, 14°, 3°, p. 411-475.
(2) « Giorn. R. Soc. It. Igiene », 1893, 15, n. 5.
« Centralbl. f. Bakter », 1893, 13°, p. 790.
(3) « L'Igiene Moderna », 1915, 8°, n. 2-3-4.
(4) « Klin. Jahrb. », 1910, 13°, p. 1-124.
(5) « L'Igiene Moderna », 1918, 11°, n. 8.
(6) Rend. R. Acc. Lincei, 1917, 26°, p. 195.
(7) « Giorn. R. Soc. It. Igiene », 1894, 16°, n. 4.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sulla migrazione dei proiettili.

per il dott. PIETRO BERTOLI,
Dirigente la Sez. Chirurgica della Poliambulanza dell'Ospedale Ugolani Dati in Cremona.

Nella letteratura del periodo di guerra, basate sul fatto ben conosciuto della migrazione degli aghi, si trovano numerose osservazioni comprovanti che anche i proiettili godono di questa proprietà, in rapporto alla sede, ove vengono a fermarsi.

Così troviamo descritta la migrazione dei proiettili nel cervello, nel canale midollare, nelle articolazioni, nelle cavità sierose, negli organi cavi, nei vasi sanguigni.

Il caso, che vengo succintamente a descrivere, verrebbe a confermare quanto altri hanno asserito.

Il 24 marzo 1918 entrò nel mio riparto chirurgico certo A. P. ferito da pallottola di mitragliatrice d'areoplano al quadrante inferiore sinistro dell'addome il 22 febbraio e proveniente dalla 6ª Ambulanza Chirurgica, dove, constatati fatti di penetrazione, era stato sottoposto a laparatomia con riparazione di molteplici lesioni del tenue.

Il giorno dopo la sua entrata cominciò ad accusare dolorabilità alla minzione con orine limpide e in quantità normale, cosichè, credendo potesse trattarsi di una lieve irritazione del collo vescicale, mi limitai alla somministrazione di urotropina associata a dieta lattea. Il giorno appresso, essendo aumentato il dolore con estensione al perineo e per di più essendosi unito un senso di difficoltà alla uscita dell'orina, procedo ad un esame sommario esterno dell'uretra, col quale riesco a percepire distintamente un corpo solido nell'uretra membranosa. Pensando alla probabilità di un calcolo cerco con delicate manualità di spostarlo verso il meato, ciò che mi riesce molto facilmente: soltanto in sostituzione di un calcolo viene espulsa una pallottola di mitragliatrice.

Nel periodo di degenza alla 6ª Ambulanza Chirurgica vennero praticate diverse indagini radiologiche, di cui riporto integralmente il reperto.

1° Reperto in data 22 febbraio: « Pallottola di mitragliatrice entrata nel quadrante inferiore sinistro dell'addome e precisamente a quattro centimetri all'interno della spina iliaca di sinistra con tragitto verso destra, il basso e l'interno, ed arrestatasi subito a sinistra della linea mediana a livello della prima vertebra sacrale. Una fuggevole radioscopia obliqua dimostra che la pallottola è molto posteriore, probabilmente presso o sul retto: non si esclude che possa essere parzialmente infissa nel sacro ».

2°, 3° e 4° Reperto in data 11, 15 e 21 marzo: « Molteplici e complesse indagini, eseguite però senza somministrazione di sostanze opache, ci conducono ad ammettere, che la pallottola, mobilissima, si trovi probabilmente in una delle ultime anse del tenue ».

Dai suesposti esami radiologici e dalla storia parrebbe evidente che la pallottola dal quadrante

inferiore sinistro dell'addome si fosse portata fino al sacro e, seguendo poi un decorso retrogrado, fosse arrivata in vescica.

Il caso in discorso verrebbe a suffragare le osservazioni fatte da altri, se non insorgessero ad un ponderato esame delle obbiezioni, che possono distruggere l'ipotesi della migrazione.

Il primo esame radiologico non è certamente stato molto accurato, forse per le condizioni del paziente, mentre si sa come un responso sicuro non sia che il frutto di una attenta e minuta osservazione.

E qui l'osservazione scrupolosa è più che necessaria data la non sempre facile possibilità di ottenere un'esatta proiezione ortogonale, che, anche per le curve fisiologiche dello scheletro, può far apparire il corpo estraneo a livello di parti scheletriche o di organi posti o più in alto o più in basso. Non è da trascurarsi poi anche il fatto, che i visceri contenuti nel bacino possono modificare i loro rapporti collo scheletro.

Difatti sappiamo dall'Anatomia topografica come i rapporti della vescica e del retto possono essere mutati dipendentemente dalle funzioni fisiologiche.

La vescica vuota è intrapelvica e sta completamente dietro i pubi: se piena si sposta in alto occupando una parte maggiore o minore della porzione sottoombellicale della cavità addominale: s'intende che a questo spostamento prende parte anche il retto, il quale, vuoto, è ridotto ad una cavità virtuale, pieno può assumere dimensioni tali da portare compressione sugli organi vicini.

Si capisce quindi che, quando il retto è vuoto, la vescica, anche se non è piena, può acquistare rapporti di vicinanza maggiori collo scheletro anche posteriormente.

Da ciò la possibilità di riferire un corpo straniero in vicinanza dello scheletro, anche se infisso in vescica, tanto più che per contrazione della sua parete può aversi un'immobilità completa.

Nè può invocarsi, per escludere tale possibilità, la mancanza di ematuria o di disturbi soggettivi nella minzione, perchè o il proiettile può essere per qualche tempo rimasto incuneato nella parete della vescica, oppure, dato il suo calibro, la sua superficie liscia, la sua forza viva, può aver determinato una lesione tale, capace di essere riparata immediatamente per la disposizione speciale dei fasci muscolari, costituenti la parete dell'organo.

La mancanza di disturbi soggettivi nella minzione e che nel mio caso sono comparsi dopo circa quaranta giorni è data dal fatto che il proiettile, alla stessa guisa di un semplice calcolo, rimase sempre preso tra le pliche della mucosa, senza toccare l'apertura uretrale.

I tre altri reperti, che diedero una mobilità abnorme del proiettile, dimostrano chiaramente un'errata interpretazione radioscopica, poichè un corpo, che trovasi libero in qualunque porzione dell'intestino, si muove sempre in rapporto all'onda peristaltica, che imprime un movimento quasi continuo e progressivo associato a quello di innalzamento e di abbassamento, senza invocare il fatto banale, che cioè, se il proiettile fosse stato nell'intestino, sarebbe, secondo la legge naturale, uscito per la via normale.

Se invece si osserva un corpo straniero libero in vescica, contenente del liquido, esso può subire degli spostamenti forti, sia per i mutamenti di posizione del paziente, sia per la contrazione della muscolatura.

Da tutto ciò si può dedurre come la migrazione del proiettile, che sarebbe a tutta prima banale, è dovuta probabilmente ad interpretazione errata dell'osservazione radiologica, forse in dipendenza del ferito stesso; poichè non si potrebbe spiegare come un corpo estraneo, così regolare di superficie, avesse potuto esercitare sopra un organo così mobile una pressione tale da determinarne l'usura della parete e tanto meno si può invocarne il suo peso che l'avrebbe fatto precipitare in uno sfondato peritoneale. Non ho potuto leggere la comunicazione di Legueu sopra un caso del genere e quindi non sono autorizzato a critiche.

Mi si permetta però di dire poche parole, che possono spiegare il fatto, riscontrato in altre regioni, e che venne giudicato come un fenomeno di migrazione.

È detto che nel cervello i proiettili hanno tendenza a portarsi nelle parti più declivi e a questo proposito furono riscontrati in secondo tempo nella fossa occipitale. Certamente si sarà trattato di proiettili voluminosi, poichè i piccoli mancano della proprietà necessaria, perchè avvenga lo spostamento, la *pesantezza*, determinante nei punti compressi dei processi distruttivi, ai quali la sostanza cerebrale più di qualunque altro tessuto, va facilmente soggetta.

Non esige una minuta spiegazione lo spostamento dei proiettili rilevato lungo il canale midollare, nelle cavità sierose e nelle articolazioni, dove anche un proiettile di medio volume, può portarsi nel punto più declive, perchè il midollo spinale, per la sua costituzione, facilmente si lascia deprimere, e nelle altre cavità resta favorito da condizioni anatomiche e fisiologiche proprie e delle cavità sierose e delle articolazioni.

Per quanto riguarda i vasi sanguigni trovo

menzionato il caso di Grandgérard che estrasse dalla vena femorale un proiettile, dapprima intracardiaco; nessun accenno ai vasi arteriosi. E ciò ben si comprende, perchè un proiettile intracardiaco proiettato nell'aorta, ricadrebbe per proprio peso nel cuore: forse potrebbe, a guisa di embolo, giungere lontano una scheggia piccolissima. Ben diverso si presenta il fatto attraverso le vene, e precisamente per la cava inferiore, dove il proiettile caduto segue la legge di gravità con scarsissimo ostacolo da parte della colonna sanguigna che risale.

Negli organi cavi del tubo digente, come l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il proiettile passa facilmente per alterazione della sottile parete nel punto di aderenza col tessuto od organo su cui è arrivato il proiettile, alla stessa guisa di un calcolo, che dalla cistifellea può cadere in diverse porzioni del tubo digerente.

Da queste considerazioni emerge chiaramente il fatto già annunciato da altri, che cioè la migrazione dei proiettili sia molto rara. Anzi io sarei per ritenerla impossibile, a meno che questo fenomeno potesse essere osservato in seno a tessuti resistenti, come avviene per gli aghi.

BIBLIOGRAFIA.

OMBRÉDANNE ET LEDOUX LEBARD. *Localisation et extraction des projectiles.* Collection Horizon, 1917.

LEGUEU, citato da OMBRÉDANNE.

GRANDGÉRARD, citato da OMBRÉDANNE.

BARTHÉLEMY. *La migration des projectiles dans l'Abdomen.* « Paris Médical », 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA TORINO.

Sezione Medica diretta dal prof. ENRICO MENSI.

La pseudoascite nei bambini

per il dott. SIRO SEGAGNI, assistente.

Col nome di *Pseudoascite secondaria ad enteriti croniche* il Tobler descrisse per il primo nel 1904 uno speciale quadro morboso, confuso spesso coll'ascite cronica tubercolare.

Le sue osservazioni, fatte nella Clinica Pediatrica di Breslavia, vertono su cinque casi (due maschi e tre femmine di età variante da anni 2 e mezzo a 9) nei quali, per la presenza nel gentilizio della tara tubercolare, per il cattivo stato di nutrizione generale, per i segni fisici evidenti di versamento peritoneale, era stata fatta diagnosi di ascite tubercolare. Operati di laparatomia presentarono, invece del versamento ascitico, un eccesso di liquido nelle anse intestinali.

Tale sindrome clinica in vero molto interessante, era già stata messa in rilievo in precedenza dall'Allaria nel 1903 in un piccolo paziente, e resa nota tre anni dopo, insieme ad una seconda osservazione.

In entrambe si trattava di bambini, l'uno maschio di due anni, l'altro femmina di undici mesi, il primo dal gentilizio immune per quanto poteva essere in rapporto colla tubercolosi, la seconda dal gentilizio tarato. Tutti e due in seguito ad errori dietetici commessi durante l'allattamento, avevano sofferto di diarree ostinate, con consecutivo deperimento organico e notevole distensione dell'addome.

Sottoposti anch'essi alla laparotomia, perchè ritenuti affetti da ascite di natura tubercolare, non presentarono, come nei casi del Tobler, alcuna traccia di versamento peritoneale, e nemmeno segni di lesioni tubercolari nel peritoneo.

Osservazioni consimili vennero fatte in seguito ancora dall'Allaria, dallo Schmid, Stooss, da Jovane e da Reano, complessivamente però tutt'altro che numerose.

Ad esse desidero ora aggiungere le mie in numero di quattro, allo scopo di portare un contributo alla casistica clinica della sindrome pseudoascitica, sindrome ben definita, ma che talvolta può essere erroneamente interpretata.

OSSERVAZIONE I. — Numero annuale 205. — L... Carlo, di anni 5; entrato il 2-5-1915, uscito il 22-5-1915.

Gentilizio immune.

Anamnesi remota: Bambino nato a termine da parto fisiologico. Allattamento materno sino a tredici mesi, dentizione a nove, deambulazione a sedici mesi. Vaccinato all'anno con esito positivo. Disturbi intestinali dalla nascita.

Anamnesi prossima: Da circa un anno alvo diarroico, aumento di volume dell'addome, deperimento organico.

Esame obbiettivo: Nutrizione generale assai scadente, peso: kgr. 11,400 pannicolo adiposo, muscolatura poco sviluppata, scheletro rachitico. Edemi alle palpebre, ai piedi e alle gambe. Micropoliadenopatia. Polmoni e cuore normali. Addome ingrossato: circonf. ombell. cm. 53, sopraombell. cm. 57, sottombell. cm. 49. Distanza xifoombell. cm. 12,5, xifopubica cm. 22. Rete venosa superficiale evidente, cicatrice ombellicale sporgente. Le parti declivi sono nettamente ottuse alla percussione, il confine della ottusità è rappresentato da una linea retta passante all'incirca per le creste iliache anteriori superiori. Senso di fiotto. Cambiando la posizione, l'ottusità si sposta rapidamente.

Fegato sporgente 2 cm. circa dall'arco costale, milza leggermente palpabile, urine senza albumina, cutireazione del Pirquet torpida. Durante il soggiorno dell'a. in ospedale il comportamento dell'ottusità addominale fu sempre assai variabile, qualche volta anche da un giorno all'altro.

Il 3-5 introdotto per via rettale un litro di liquido, si osservò aumento sensibile dell'aia di ottusità e scomparsa di essa non appena emesso il liquido commisto a feci.

Durante la degenza in ospedale, l'a. ebbe solo qualche lieve rialzo termico; l'alvo si mantenne leggermente diarroico.

OSSERVAZIONE II. — Numero annuale 308. — V... Dante, di anni dieci; entrato il 17-7-1915, uscito il 24-7-1915.

Nel gentilizio famigliare vi è alcoolismo nel padre.

Anamnesi remota: Bambino nato a termine da parto fisiologico. Allattamento materno sino al 12° mese, dentizione a 11, deambulazione a 12 mesi. Vaccinato dopo l'anno con esito positivo, morbillo a 3 anni, pertosse a 6. Da piccolo diarree frequenti e ventre molto sviluppato.

Anamnesi prossima: Da un mese e mezzo circa alvo irregolare, deperimento, aumento di volume dell'addome.

Esame obbiettivo: Nutrizione generale scadente peso: kgr. 21,700, cute pallida, scheletro regolare, micropoliadenopatia. Polmoni e cuore sani. Addome notevolmente ingrossato, circonf. ombell. cm. 59, sopraombell. cm. 58; distanza xifoombell. cm. 16, xifopubica cm. 28. Rete venosa superficiale, senso di fiotto. Ottusità netta alla percussione che occupa le parti declivi e giunge in alto sulla linea mediana ad un centimetro sopra la cicatrice ombellicale e sui fianchi a due cent. sopra l'incrocio della linea mammillare colla ombellicale trasversa. L'ottusità si sposta coi cambiamenti di posizione dell'a. Fegato non ingrossato, milza palpabile 4 cm. dall'arco costale. Urine senza albumina, fosfati presenti, cutireazione del Pirquet negativa.

Nel breve periodo di tempo in cui l'a. fu degente in ospedale il comportamento dell'ottusità fu sempre molto vario.

Stabilito un opportuno regime dietetico la funzione dell'intestino migliorò sensibilmente e l'ottusità si ridusse ad una linea passante 4 cm. sotto la cicatrice ombellicale. Il paziente fu sempre apirettico.

OSSERVAZIONE III. — Numero annuale 80. — G... Battistina, di anni 7; entrata il 27-2-1917, uscita il 3-5-1917.

Nel gentilizio famigliare vi è tubercolosi polmonare in una zia materna.

Anamnesi remota: Bambina nata a termine da parto fisiologico. Allattamento materno fino a dieci mesi, dentizione a dieci; deambulazione a dodici; vaccinata con esito positivo dopo l'anno, morbillo a tre. Disturbi intestinali dalla nascita e ventre sviluppato.

Anamnesi prossima: Da circa 20 giorni febbre continua, dolori al ventre che aumentano prima della defecazione.

Esame obbiettivo: Nutrizione generale scadente, peso kgr. 17,000, scheletro rachitico. Micropoliadenopatia. Polmoni: a sinistra posteriormente respiro vescicolare accompagnato da rantoli a piccole e medie bolle. Cuore sano. Addome ingrossato colla cicatrice ombellicale sporgente, le pareti contratte, ottuso alla percussione nel quadrante inferiore di sinistra. Il limite superiore dell'ottusità è rappresentato da una linea curva, a concavità rivolta in basso, che inizia un poco sopra la spina iliaca anteriore superiore, passa due cm. sotto la linea ombell. trasversa e termina in basso presso la metà della piega inguinale destra. L'ottusità è mobile. Non vi è senso di fiotto netto. Fegato e milza normali. Urine senza albumina. Cutirezione del Pirquet positiva.

Durante la degenza in ospedale il comportamento dell'ottusità variò moltissimo, anche nello spazio di brevissimo tempo. L'a. uscì dall'infermeria alquanto migliorata nelle condizioni generali e coll'ottusità addominale ridotta di molto.

OSSERVAZIONE IV. — Numero annuale 268. — V... Maria, di anni sei; entrata l'8-10-1917, uscita il 27-10-1917.

Gentilizio famigliare immune. Gravidanze 9. Figli vivi 5, morti 4, uno di angina difterica, uno di enterite, due di causa ignota.

Anamnesi remota: Bambino nato a termine da parto fisiologico. Allattamento misto fino a tredici mesi. Dentizione a dodici, deambulazione a quattordici mesi. Vaccinato all'anno con esito positivo. Pertosse e morbillo a quattro anni, varicella a cinque, dopo le quali malattie non si è più rimessa. Enteriti frequenti nel primo anno di vita.

Anamnesi prossima: Da qualche mese diarrea, dolori addominali e aumento di volume del ventre.

Esame obbiettivo: Nutrizione generale scadente, pallore, peso kgr. 16,800. Scheletro rachitico, micropoliadenopatia, ganglio epitrocleare destro. Polmoni sani; cuore in limiti normali; 1° tono alla punta diffuso. Addome ingrossato, piriforme, ciondolante. Nella regione epi e mesogastrica si distinguono i movimenti peristaltici delle anse intestinali. Cicatrice ombellicale sporgente. Senso di fiotto; sventramento dei muscoli retti. Circonf. ombell. cm. 58, sopraombell. cm. 57,5 sottoombell. cm. 52. Distanza xifoombell. cm. 15,5, xifopubica cm. 24. Ottuso alla percussione nelle parti declivi; l'aia ottusa, stando l'a. in posizione dorsale, è limitata, superiormente da una linea colla concavità rivolta in alto, passante sulla linea mediana in corrispondenza dell'ombellicale trasversa, lateralmente tre cm. al disopra. Stando invece l'a. in piedi, l'aia di ottusità non muta di forma, ma il suo limite superiore s'innalza di due cm. Fegato e milza debordano un cm. dall'arco costale, urine senza albumina, cutireazione del Pirquet negativa.

Per tutto il tempo di degenza in ospedale, l'ottusità fu sempre assai variabile con tendenza alla diminuzione fino alla quasi scomparsa.

Le feci persistettero diarroiche; la temperatura normale.

Esaminando le storie cliniche suesposte, appare subito evidente come esse si rassomiglino molto fra di loro.

Eccettuato in un caso, e precisamente nel terzo in cui vi è tubercolosi nel ramo materno, il gentilizio famigliare dei piccoli pazienti è immune per quanto riguarda la tubercolosi.

La cutireazione del Pirquet, torpida nel primo caso, positiva nel terzo, è nettamente negativa nel secondo e nel quarto.

Lo stato di nutrizione dei singoli malati, è scadente; lo sviluppo deficiente, lo scheletro rachitico. Tutti soffersero più o meno a lungo, con maggiore o minore intensità, di diarree ostinate. Le pareti addominali sono floscie, rilassate, il ventre è ingrossato ed in uno (4ª osservazione) addirittura ciondolante. L'alvo quasi in tutti diarroico.

Come si riscontra nell'ascite cronica, anche qua vediamo l'ombellico pianeggiante o sporgente, spiccata rete venosa superficiale, evidente il senso di fiotto, se si eccettua nella terza osservazione in cui è poco distinto, ottusità alla percussione rapidamente spostabile coi cambiamenti di posizione dell'ammalato e la cui forma e limiti si modificano da un giorno all'altro in maniera veramente straordinaria.

Nella prima osservazione poi, praticato un clistere di siero fisiologico, vediamo aumentare l'aia di ottusità e scomparire del tutto non appena emesso il liquido commisto a feci.

Della fenomologia suddescritta il sintomo che appare subito più evidente e costante, oltre l'aumento di volume dell'addome, è quello di una zona ottusa in esso, di grandezza considerevole, facilmente spostabile coi cambiamenti di posizione del paziente, e modificantesi nella sua forma anche da un giorno all'altro.

Quale quindi la diagnosi da porsi nei singoli casi?

Partendo dalla supposizione che la sintomatologia clinica descritta sia dovuta a presenza di liquido nel cavo peritoneale, possiamo senz'altro escludere, tra le cause produttrici di esso, un'affezione del cuore, del rene, del fegato o della milza, essendo tali organi perfettamente sani nei nostri pazienti.

L'edema alle palpebre, alle gambe, ai piedi che riscontriamo nella prima osservazione, non è che l'esponente delle condizioni deperite, cachettiche in cui trovasi il bambino da lungo tempo ammalato.

L'unica forma che dobbiamo invece prendere in esame è l'ascite cronica tubercolare, perchè ad essa ci fanno pensare le condizioni deperite dei singoli malati, il carattere nettamente lento, cronico della entità morbosa, la positività della cutireazione del Pirquet nel 1° e 3° caso.

Altre considerazioni però si schierano contro questa forma e ci permettono di escluderla.

Infatti, benchè non sia possibile descrivere un quadro unico della ascite cronica tubercolare, perchè varia sempre assai a seconda dei casi la quantità dell'essudato, l'ottusità non sempre è uniforme, il limite superiore di essa, anzichè curvo colla concavità rivolta in alto, può essere irregolare per aderenze pregresse, tuttavia sappiamo che mai si osserva in essa una spostabilità dell'aia ottusa così facile come nelle nostre osservazioni, e nemmeno è possibile che essa scompaia nel giro di poco tempo, o non appena evacuato un clistere di siero fisiologico, come potemmo osservare nel 1° caso, e ricompaia in seguito.

Quindi non nel cavo peritoneale dobbiamo ricercare la causa e la sede del supposto versamento, bensì nell'intestino; non di ascite dobbiamo parlare, ma di pseudo-ascite.

Già il Queirolo, in una relazione fatta alla Reale Accademia di Medicina di Genova nel 1887, aveva dimostrato come nell'addome dell'uomo normale poteva esistere un'area di ottusità o di ipofonesi mobile nelle diverse posizioni del corpo, variabile per intensità ed estensione nei diversi soggetti. Egli aveva osservato che essa occupava le parti declivi dell'addome, era dovuta al contenuto intestinale e tale da simulare, in date circostanze, una raccolta liquida nel cavo peritoneale. Da essa però si differenziava per essere variabile da un giorno all'altro, sia per estensione che per intensità, e uguali modificazioni poteva subire in seguito a svuotamento dell'intestino.

Quindi anche nell'uomo sano possiamo riscontrare un'ottusità spostabile nell'addome di origine intestinale; ricordiamoci però che essa è sempre assai ristretta, poichè il contenuto intestinale, anche se abbondante, non è mai sufficiente di per sè a produrre una zona estesa di ottusità quale si osserva nella sindrome pseudoascitica.

Perchè essa sia tale sono necessarie delle condizioni morbose e cioè: dilatazione timpanitica dell'addome, rilasciamento delle sue pareti, prolasso dell'intestino, ristagno di feci liquide.

Modificazioni di forma e di funzione del tubo intestinale che presentano chiaramente i miei malati, alterazioni che sono sempre conseguenza di enteriti di lunga durata, di cui appunto han sofferto i miei pazienti.

Più difficile e delicato è invece il còmpito della diagnosi quando la pseudoascite si trova associata alla tubercolosi peritoneale, come nel caso di Reano; impossibile a risolversi quando è accompagnata da peritonite tubercolare con essudato.

Non . il caso che io ora insista sull'importanza di questa sindrome; ricorderò solo che generalmente nel diagnostico differenziale delle malattie croniche dell'addome, si pensa quali cause possibili di raccolta liquida, alla peritonite tubercolare, ai disturbi generali del circolo da malattie di cuore, alla nefrite, alla cirrosi epatica, ai trasudati cachettici, rare volte alla pseudoascite.

E' necessario invece tener sempre presente:

1° Che nei bambini che hanno sofferto di diarree ostinate, protratte, in conseguenza deperiti e cachettici, il ventre in genere è ingrossato, sfiancato, le anse intestinali dilatate.

2° Che l'intestino, in gran parte ripieno di contenuto liquido, si è portato nelle parti declivi

dell'addome, trascinando seco il mesentere, come han potuto constatare l'Allaria e il Tobler nelle loro osservazioni.

3° Che i due sintomi cardinali dell'ascite libera — ottusità spostabile, senso di fiotto — possono essere simulati, in queste speciali circostanze nel bambino, dal contenuto liquido intestinale e per ciò essere l'indice di tutt'altra forma morbosa.

BIBLIOGRAFIA.

ALLARIA. « La riforma medica », n. 41, 1906.
Id. « Arch. de Méd. des Enf. », n. 9, 1908.
JOVANE. « La Pediatria », n. 5, 1907.
REANO. « Riv. Clin. Ped. », 1913.
QUEIROLO. « Memorie R. Accad. Med. Genova », n. 6, 1887.
STOOS. « Tratt. Ped. Pfaundler e Schlossmann », vol. III.
TOBLER. « Deut. Arch. f. Klin. Med. », Bd. 80, 1904.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Della variabilità della ghiandola endocrina del pancreas e delle sue conseguenze patologiche.

(Prof. LAGUESSE. *Le Scalpel*, 31 gennaio 1920).

Circa 25 anni fa, mentre gli esperimenti di fisiologia avevano dimostrato nel pancreas l'esistenza di una secrezione interna, si era ancora all'oscuro sul sustrato anatomico di questa secrezione, sebbene Langherans fin dal 1869 avesse ben descritto degli ammassi cellulari, di oscuro significato, ritenuti dalla maggior parte degli autori come follicoli linfatici chiusi senza importanza e solo da Lewaschew e Renaud come cellule epiteliali. L'A. nel 1893 considerò tali ammassi come piccole ghiandole a secrezione interna e propose di chiamarli isolotti di Langherans o più propriamente isolotti endocrini. Emise successivamente l'ipotesi secondo la quale gli isolotti rappresentavano gli organi della secrezione interna del pancreas e inoltre ogni porzione di pancreas, dopo aver funzionato come ghiandola endocrina, era capace di trasformarsi in isolotto endocrino e viceversa ognuno di questi ritornava al suo stato primitivo, per ricominciare così indefinitamente il suo ciclo.

Una serie di esperienze condotte da Ssobolew e Walter Schulze (1900) e dall'A. insieme con Gontier de la Roche (1902-1903-1907-1911) riuscirono di sostegno all'ipotesi della secrezione interna degli isolotti. Infatti i primi due autori, dopo legatura dei canali escretori del pancreas, notarono atrofia più o meno avanzata degli acini, mentre persistevano gli isolotti. Ugualmente l'A. nei conigli trovò, dopo 2-3-4 anni dalla legatura e resezione dei canali pencreatici, scomparsa completa degli acini e dell'albero escretore, mentre gli isolotti si mantennero in buono stato e non comparve mai zucchero nelle orine. Se ne deduceva che se la teoria endocrina era vera, gli isolotti dovevano esser lesi nel diabete. Opie infatti (1900) nelle sue ricerche stabilì l'esistenza di due specie di pancreatite cronica, una interlobare o a sclerosi interlobare non diabetica, l'altra interstiziale o interacinosa caratteristica del diabete. Inoltre Opie, Ssobolew e Max Herzog citarono casi di diabete nei quali si osservavano solo lesioni degli isolotti. Ma poco appresso (1901-1904) altri autori (Hansemann, Herscheimer, Gutman, ecc.) misero in evidenza in numerosi casi di diabete lesioni del parenchima esocrino più estese che negli isolotti, per cui la teoria insulare del diabete sembrò ne restasse scossa. La ragione di ciò secondo l'A. dipese dal fatto che la maggior parte degli autori si erano appoggiati alla teoria del Diamare (1899), secondo la quale gli isolotti di Langherans, sebbene nati da bottoni pancreatici, mantengono solo rapporti di vicinanza con essi e restano perennemente invariati. Secondo l'A. invece occorre tener conto della *continuità, del legame intimo degli isolotti col parenchima esocrino, della loro variabilità e del loro balancement*, per interpretare al loro giusto valore i fatti.

Mediante una tecnica speciale avrebbe infatti dimostrato negli isolotti con tagli in serie una continuità intima di essi col parenchima circostante. Inoltre confermò la viariabilità degli isolotti sotto l'influenza del digiuno con una serie di esperienze sui piccioni, nei quali osservò un numero medio di 3,10 isolotti per mmq. se nutriti come d'ordinario, una media di 6,70 dopo cinque giorni di digiuno e una media di 3,74 se rinutriti dopo 5 giorni di digiuno. Ciò che dimostrerebbe non solo la variabilità degli isolotti, ma anche il *balancement*, la trasformazione facile cioè del parenchima esocrino in endocrino e viceversa. Per modo che secondo Curtis e Gellé, ammettendo la teoria della variabilità degli isolotti, le osservazioni di diabete pancreatico con lesioni dominanti del parenchima cessano di essere in contradizione coi dati dell'istologia normale e ammettendo inoltre la teoria della trasformazione dell'uno nell'altro dei due parenchimi, esocrino ed endocrino, ci si rende meglio conto del complesso delle lesioni istologiche in un pancreas diabetico. I predetti autori stabilirono (1907) che il diabete pancreatico può essere di origine vascolare o canalicolare.

Nel 1° caso spesso si hanno lesioni primitive e anche uniche degli isolotti; nel 2° caso invece la lesione primitiva è nel parenchima esocrino ed ha per conseguenza sia un arresto nella rinnovazione del tessuto endocrino (diabete per agenesia degli isolotti), sia una fine sclerosi amorfa dissociante degli isolotti (diabete insulare secondario) sia l'associazione di queste due forme. Gellé ha in seguito notato che il diabete magro o almeno a evoluzione rapida è d'origine vascolare e il diabete grasso a evoluzione lenta è invece d'origine canalicolare.

Le lesioni canalicolari inoltre risultanti da ostruzione o da compressione (tumor, corpo estraneo, ecc.) possono non dare diabete e in tal caso somigliano alle pancreatiti sperimentali da legatura dei canali escretori.

L'A. considerando che il digiuno negli animali produce un aumento nel numero degli isolotti crede di potere spiegare con la sua teoria come nel diabete la cura del digiuno o meglio del regime ristretto alla maniera di Noorden, di Guelpa, di Linossier produca notevoli miglioramenti.

CESETTI.

La disidratazione del pancreas nel coma diabetico.

(CHAUFFARD e GRIGAUT. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1919, n. 31).

Le ricerche sono state fatte dagli AA. su di un individuo di 57 anni, affetto fin dal 1915 da poliuria e polidipsia, morto in seguito a coma diabetico poco tempo dopo l'amputazione dell'arto inferiore sin. per gangrena.

Durante lo stato comatoso la puntura lombare aveva dato esito a poche gocce di liquido giallognolo, sciropposo.

All'autopsia non si riscontrano lesioni organiche apprezzabili, il fegato pesa gr. 1580, il pancreas 130 gr., le due surrenali 15, i reni 115 e 130.

Il giorno prima della morte la colesterina del siero era al disotto della norma: gr. 1.25 per mille; il tasso azotemico 0.41; l'azoto residuale 0.18, cifra notevolmente superiore al limite massimo fisiologico di 0.10.

Emazie: 5,390,000. Leucociti: 21,000.

L'esame praticato dopo alcune ore dava:

Emazie: 5,900,000. Leucociti: 24,000. Densità del sangue: 1063 di fronte alla fisiologica di 1055-1060.

Tali constatazioni nel sangue e nel liquor mostrano ancora di più il carattere disidratante del coma diabetico poichè malgrado due iniezioni intravenose di 1 litro di soluzione bicarbonata, esisteva un aumento della densità del sangue ed iperglobulia.

La ricerca del tasso di idratazione dei differenti organi ha dato:

nel cervello 763 di fronte a 760 (idratazione normale);

nel fegato 738 di fronte a 750 (idratazione normale);

nel rene 820 di fronte a 820 (idratazione normale);

nel pancreas 575 di fronte a 745 (idratazione normale);

Di qui si vede la variabilità del processo di disidratazione, quasi elettiva ed anche la profonda disidratazione del pancreas, disidratazione che è risultata non essere in rapporto con sclerosi della glandola.

Sembra dunque che il coma diabetico, e non il diabete solo, si accompagni a disidratazione più o meno profonda dei diversi organi ed in particolare del pancreas, forse ciò in rapporto con il compito che al pancreas spetta nella patogenesi del diabete.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

La pressione del sangue pre- e post-operatoria e suo rapporto con la funzione renale.

(JOHN OSBORN POLAK. *N. Y. State Journ. of Med.*, agosto 1919).

La chirurgia ginecologica riguarda di solito casi subacuti e cronici: ciò comporta da un lato che si ha a che fare con soggetti fisicamente debilitati, dall'altro che v'è tempo disponibile per compiere su di essi le ricerche che possano essere utili per la prognosi opertoria. In questo senso ha lavorato l'A. e pubblica i risultati in un periodo di cinque anni.

All'ingresso la forza cardiaca di ogni malato era studiata nel modo seguente: Determinazione della pressione sistolica e della diastolica, e quindi della pressione differenziale, e contemporanea conta del polso, a riposo. Quindi, fatta sedere la paziente le si facevano innalzare le braccia e flettere ed estendere gli avambracci per 2 m': esercizio moderato, dopo il quale nuova determinazione come sopra. Infine la paziente, in posizione eretta, veniva invitata a sollevare un peso di una libbra, da terra fino e sopra la testa, e ciò prima dieci volte, poi 20 volte: esercizio attivo, dopo il quale terza ed ultima determinazione di Mx, Mn, Pd, P. Naturalmente con l'esercizio la azione del cuore si accelera e Mx si innalza, ma se il miocardio è valido vi deve essere nessuna o piccola modificazione di Pd e questa deve essere, rispetto a Mx, nel rapporto di uno a tre o più. Se questo rapporto è alterato e diviene per es. di 1 : 2 o 1 : 2 1/2, ciò indica, secondo l'esperienza dell'A., che il miocardio è difettoso e mal sopporterà una lunga

operazione in posizione di Trendelenburg, la quale sempre determina un certo grado di cianosi e innalzando la pressione costituisce un sovraccarico per il cuore.

Dopo questa prova nelle pazienti si ricercava l'emissione della fenolsolfoftaleina per saggiare la funzione renale. L'A. ha trovato che essendo la pressione differenziale normale in media 35, lo scarico di ftaleina nei casi normali raggiunge per le due ore la media del 60 %. Quando Pd è alta, p. es. 60 o 70, l'emissione di ftaleina sarà alta o bassa secondo lo stato del rene: se è bassa, la pressione differenziale deve essere relativamente alta per compensare la diminuita funzione renale. Ma se l'efflusso di ftaleina è basso e Pd è anche basso, ovvero anche se è alto ma il rapporto tra Pd e Mx è p. es. 1 : 2, deve ammettersi un pericolo operatorio perchè le condizioni del miocardio sono sospette.

D'altro lato l'A. ha da parecchi anni l'abitudine di far prendere all'anestetista la pressione differenziale e riferirla all'operatore ogni 10 m' durante l'intervento. La stessa ricerca è fatta al termine dell'operazione, dopo 1 ora, dopo 6 e dopo 24 ore. Inoltre per le prime 6 ore è registrato il polso ogni 15 m'.

È anche abitudine dell'A. di eseguire la conta dei globuli e l'emoglobinometria immediatamente al ritorno della paziente dalla camera operatoria.

Egli afferma il grande valore clinico di queste ricerche, le quali gli hanno permesso di fare la diagnosi differenziale tra emorragia, shock e dilatazione cardiaca postoperatoria. Normalmente dopo una laparotomia durata 50-80 minuti, con anestesia eterea (iniziata con ossido d'azoto, preceduta da morfina e atropina) vi fu nell'80 % dei casi studiati una elevazione di 10-15 nell'emoglobina, in proporzione diretta con la lunghezza e l'intensità dell'anestesia. Nel 12 % la lettura dell'emoglobina rimase invariata; nel residuo 8 % si ebbe una diminuzione di Hb. Questi ultimi furono casi di isterectomia per infiammazione pelvica cronica, in cui v'era stata notevole perdita di sangue durante l'operazione. Le conte dei globuli rossi, eseguite costantemente, rimasero sensibilmente eguali. Anche l'emoglobina in 6-48 ore ritornò praticamente alla cifra ottenuta prima dell'operazione.

Quanto alla pressione sanguigna presa un'ora dopo l'operazione, passato l'effetto della stimolazione eterea, mostrò una caduta di 14.2 mm. Hg in media per Mx di 7 per Mn. Nella maggioranza dei casi la pressione tornò alle cifre preoperatorie in 4-24 ore dalla operazione; nel 2° o 3° giorno nei casi in cui vi fu un netto shock operatorio.

Vi fu un costante e rapido innalzamento nel numero dei leucociti fin da 1 ora dopo l'intervento; innalzamento che crebbe nelle 6-12 ore, raggiungendo alla fine di queste una media di 12,000. L'aumento era a carico dei polimorfonucleati, con relativa riduzione dei linfociti.

Sei ore dopo l'operazione veniva eseguito il primo saggio con la fenolsolfoftaleina, lasciando in posto un catetere per due ore. L'osservazione costante dimostrò che nonostante la diminuzione dell'efflusso urinario, conseguenza abituale dell'eterizzazione, si ebbe nell'eliminazione della ftaleina una alterazione trascurabile di solito non superiore al 10 %, purchè la pressione differenziale fosse normale.

Clinicamente alcuni fatti parlano per la *differenziazione tra shock ed emorragia*: 1) Nella emorragia la frequenza del polso è sempre progressivamente aumentata; 2) la pressione differenziale gradualmente decresce, Mx approssimandosi sempre più ad Mn; 3) il numero dei leucociti nell'emorragia è sempre aumentato raggiungendo 18-20,000. La somiglianza impressionante fra le manifestazioni cliniche di queste due condizioni è dovuta al fatto che nell'emorragia viene continuamente perduto sangue dai vasi, e nello shock esso si accumula nei grossi tronchi venosi splancnici e perciò non serve a mantenere alta la pressione essendo praticamente fuori dell'economia. Ciò spiega l'abbassamento della pressione sistolica nei due stati patologici; ma nello shock la frequenza del polso non aumenta progressivamente, la pressione differenziale non diminuisce e poichè il sangue rimane dentro i vasi e non è espulso da questi, la conta leucocitaria rimane la stessa o diminuisce.

Da questo studio che include ora più di 350 casi addominali, l'A. si sente autorizzato a trarre le seguenti *conclusioni*:

1) La pressione differenziale è il saggio della forza muscolare cardiaca del soggetto, quando possano escludersi lesioni endocardiache. L'indice della efficienza del muscolo è dato dal rapporto tra Pd e Mx che deve essere di 1 a 3;

2) L'efficienza della funzione renale è in diretta dipendenza della forza cardiaca individuale purchè il tessuto renale sia normale o quasi;

3) L'anestesia eterea di un'ora non altera il rapporto fra Pd e funzione renale a meno che l'operazione non sia stata accompagnata da considerevole emorragia;

4) Quando la funzione renale prima dell'operazione è bassa la pressione differenziale deve essere proporzionalmente alta per compensare la deficienza: non può recar benefizio l'immissione sottocutanea, pazenterica o endovenosa di

soluzione salina se non v'è una forza cardiaca sufficiente ad assorbirla e a metterla in circolo;

5) Quando sia Pd che emissione di ftaleina sono basse, ovvero il rapporto tra Pd e Mx è come 1 a 2, la prognosi operatoria deve essere riservata;

6) La morfina ad alta dose, usata durante l'operazione, sembra che aiuti a diminuire lo shock ma in definitiva ha l'effetto di diminuire l'efflusso renale;

7) Nella maggioranza dei casi v'è una discesa moderata sia di Mx che di Mn dopo l'anestesia eterea; l'inalazione di ossigeno dopo la sospensione dell'etere diminuisce questa discesa, ma il suo effetto è transitorio;

8) Nei casi di shock, specialmente se durante l'operazione vi fu molta perdita di sangue, la caduta di Mx è maggiore che dopo una operazione più lunga, ma senza emorragia;

9) La pressione differenziale è un indice dell'emorragia o della deficienza cardiaca, migliore che la pressione diatolica;

10) In presenza di emorragia in atto v'è un costante aumento del numero dei leucociti, mentre questi diminuiscono nello shock.

SEBASTIANI.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Sugli effetti della duodenectomia.

(F. C. MANN e K. KAVAMURA. *Journ. of the Americ. med. Ass.*, sett. 20, 1919).

Chirurgicamente è occorso di compiere delle asportazioni parziali del duodeno; ma le duodenectomie complete non sono mai state fatte nè si può prevedere che cada l'occasione di farle. Lo studio della duodenectomia ha perciò un valore chirurgico scarso. Grande valore ha invece per la fisiologia in quanto che la funzione del duodeno ha rapporti intimi con le funzioni dello stomaco, del fegato, del pancreas e inoltre il duodeno stesso elabora una secrezione e possiede ghiandole (gh. di Brunner) che non esistono in altre parti del corpo. È perciò probabile che il duodeno abbia una parte necessaria nelle funzioni digestive e nello stato generale dell'individuo. Di questa supposizione sembrava avere una prova nel fatto che l'asportazione del duodeno era quasi sempre riuscita mortale.

I primi esperimenti di asportazione del duodeno furono fatti per ricercare la parte che prende il duodeno nella genesi del diabete sperimentale. Tra i primi sperimentatori sono da ricordare Pflüger, Ehrmann, Minkowski, Cimoroni, Tiberti, Bickel. Il duodeno fu asportato seguendo tecniche diverse e la continuità del tubo gastro-enterico fu ricostituita o con gastro-enterostomia o riunendo a capo a capo il digiuno con la porzione pilorica dello stomaco. I dotti pancreatici e biliare furono legati; oppure furono legati i dotti pancreatici e le vie biliari furono messe in comunicazione con l'intestino o con l'esterno; oppure furono create fistole biliari e pancreatiche; oppure tutti i dotti furono trapiantati nello stomaco.

La massima parte degli animali così trattati morì poco dopo l'operazione e solo pochi sopravvissero per alcuni giorni.

Successivamente altri sperimenti furono fatti sopprimendo la funzione della mucosa duodenale con caustici oppure eseguendo resezioni parziali del duodeno. Da ciò risultò che tutte le operazioni le quali pongono fuori funzione una parte considerevole del duodeno sono per lo più mortali entro pochi giorni. Tuttavia l'interpretazione di questi sperimenti riesce dubbia, poichè, data la tecnica seguita, non è sempre agevole distinguere quanto era dovuto alla semplice asportazione del duodeno e quanto invece era imputabile a un pervertimento della sua funzione dovuto a fenomeni di stasi e di occlusione.

Ulteriori esperienze (Dragstedt, Mc. Clintock e Chase, Grey, Moorhead e Landes) eseguite asportando il duodeno in più tempi riuscirono a dimostrare che la duodenectomia totale è tollerabile, sebbene gli animali restino in condizioni di salute non buone. Anche queste esperienze non permettono di trarre conclusioni sicure, perchè negli animali operati il deflusso del succo pancreatico, e in qualche caso anche della bile, verso l'intestino era stato soppresso. Così che difficile era poter stabilire quanta parte dei disturbi potesse dipendere dalla difettosa funzione pancreatica e biliare e quanta dalla sola duodenectomia.

Gli AA. si sono proposti di eseguire completamente l'estirpazione del duodeno e di ricostituire in modo quasi normale la continuità del tubo gastro-enterico e lo sbocco in esso dei dotti pancreatici e delle vie biliari. Questa complessa operazione richiese un complesso addestramento tecnico, ottenuto il quale, fu possibile avere buoni risultati quasi in tutti i casi.

Conformemente a quello che i più recenti sperimentatori avevano fatto prevedere, gli animali sopportarono bene l'operazione e, tranne qualche eccezione, rimasero in buona salute. Le loro condizioni generali si conservarono buone; il loro peso o restò immutato o aumentò. Tra quelli che andarono progressivamente perdendo di peso, l'autopsia o l'esplorazione operatoria dimostrarono che il dotto coledoco si era dilatato e che si era stabilita un'infezione delle vie biliari. Evidentemente il trapianto del coledoco aveva lasciato condizioni sfavorevoli a impedire le infezioni.

L'esame del sangue, per determinare il numero dei globuli, l'emoglobina, l'anidride carbonica e la concentrazione degli joni di idrogeno non rivelò alcuna anomalia.

L'esame radiologico del tubo gastro-enterico mostrò piccole variazioni dalla norma.

Le predette esperienze ed osservazioni furono fatte nei cani.

Per consiglio di C. H. Mayo esse furono ripetute in altre specie animali. Nel gatto l'operazione è facilitata dal fatto che essendo molto piccolo il dotto pancreatico che corrisponde a quello di Santorini, basta trapiantare insieme col coledoco quello che corrisponde al dotto di Wirsung e legare l'altro.

La capra fu scelta come tipo di erbivoro. In essa l'operazione è difficile perchè il duodeno è lungo circa 90 cm. Il dotto pancreatico si versa direttamente nel coledoco; basta perciò trapiantare questo solo. Ma il trapianto riesce difficile, perchè le pareti del digiuno sono molto sottili e si prestano poco ai trapianti.

Il maiale fu scelto come tipo di omnivoro. In esso l'operazione è molto difficile. I dotti biliare e pancreatico sboccano separatamente e occorre perciò trapiantarne uno alla volta.

La duodenectomia fu eseguita anche nella scimmia (Rhesus) la struttura anatomica della quale è simile a quella umana. In essa basta trapiantare, dei dotti pancreatici, solo quello di Wirsung, essendo l'altro così piccolo che può esser trascurato.

Attualmente gli AA. possiedono 10 cani, una capra e un maiale ai quali è stata eseguita la duodenectomia. Uno dei 10 cani è stato operato da 6 mesi. Tutti gli animali, ad eccezione di un cane, sono in buone condizioni di salute.

EGIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma,

Seduta ordinaria del 22 febbraio 1920.

Presidenza del prof. F. DURANTE, presidente.

Splenectomia transdiaframmatica.

R. BASTIANELLI. — L'O. espone alcuni casi di splenectomia da lui eseguita per via transdiaframmatica ed i vantaggi che ne ha ottenuti.

In un caso operato nel '13 a Gradisca si trattava di ferita, in un altro di un enorme echinococco della milza.

Ricorda come già il Postempski abbia seguito la via toracica per la sutura delle ferite del diaframma per 14 cm. per esplorare l'addome e come il Margarucci nel gennaio '11 abbia asportato per via transdiaframmatica la milza. Ne precisa le indicazioni e la tecnica operatoria.

Prendono la parola sulla comunicazione i professori Leotta, Margarucci, Dalla Vedova.

Valore clinico dell'azoturia sperimentale nello studio della funzionalità renale.

Dott. S. SILVESTRI. — L'O. espone i risultati ottenuti mediante l'apertura sperimentale nello studio della funzionalità renale. Egli si è servito del metodo del Pirondini mediante il quale si ha un concetto della capacità funzionale del rene per cui può essere adoperato con molto vantaggio non solo in patologia chirurgica ma anche nel campo della clinica medica.

Il prof. PESTALOZZA ricorda che il metodo del Pirondini è stato adoperato nella sua Clinica dal Trenti per lo studio della funzionalità renale nella gravidanza ed ha risposto realmente alla pratica.

Sull'encefalomielite epidemica.

Prof. G. MINGAZZINI. — L'O. espone i risultati delle sue ricerche essenzialmente cliniche praticate sui malati affetti da encephalitis epidemica. Ne discrimina tre forme: le letargiche, le ipercinetico-letargiche e le ipercinetiche gravi, le quali ultime identifica col delirium acuto, adducendone le prove.

Ragiona della patogenesi di queste diverse forme, cercando di mettere in rapporto la polimorfia dei sintomi con le diverse localizzazioni delle lesioni le quali, come nella malattia di Parkinson, tendono a localizzarsi nella regione del tegmentum, presa questa denominazione in senso lato.

Su proposta dei professori Ascoli e Mingazzini viene approvato il seguente ordine del giorno:

« L'Accademia medica di Roma fa voti perchè la Direzione generale di sanità e l'Ufficio d'igiene di Roma promuovano indagini dirette a stabilire possibilmente le zone nelle quali si è svolta l'encefalite epidemica letargica e a studiarne il modo di diffusione ».

Di una tecnica speciale nella cura operativa dei fibromi a sviluppo sottoperitoneale.

Prof. E. PESTALOZZA. — L'O. espone una tecnica speciale che può adattarsi con vantaggio a tutti o quasi tutti i casi di fibromi sottoperitoneali e che ne semplifica l'operazione liberandola dai rischi di lesioni della vescica e degli ureteri.

L'O. con tale tecnica ha ridotto a zero la mortalità di una categoria di interventi da tutti riconosciuti fra i più ardui e pericolosi della chirurgia addominale.

E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 30 gennaio 1920.

Sindrome scafoidea di Koehler e sua probabile interpretazione patogenetica.

R. BALLI. — Ne riferisce un caso a lui occorso in un bimbo di 7 anni nello scafoide del piede sinistro.

Della rara e poco nota particolarità l'O., ricordata la sintomatologia (claudicazione, dolore alla pressione sullo scafoide, ecc.), dimostra, in base a radiogrammi, la sproporzione che presenta lo scafoide destro di fronte all'omologo del lato sano ed alle altre ossa del piede, il suo aspetto atrofico e raggrinzato, la frastagliatura dei contorni, la mancanza di una netta trabecolatura, l'ipocalcificazione al centro dell'osso.

Dall'esito di tale disturbo da quanto gli AA. riferiscono, l'O. dice che dopo un certo periodo di tempo, si ha la restituzione *ad integrum* funzionale ed anatomica dimostrata all'esame obbiettivo ed all'indagine radiografica.

L'O. avanza un'ipotesi patogenetica. Dimostrato che anche normalmente la regione dello scafoide è la meno vascolarizzata, pare lecito all'O. supporre che, in talune condizioni, in cui la deficienza vasale di questa zona maggiormente si fa sentire (atrofia della pedidia, atrofia della plantare interna), il nucleo dello scafoide subisca la influenza di tale difetto circolatorio determinando la sindrome, ad aggravare la quale non deve essere estraneo lo sviluppo tardivo dello scafoide stesso ed il suo crescere rapido in confronto degli altri elementi tarsali.

È poi logico ammettere che, in un secondo tempo, dopo essersi stabilita una circolazione diretta o collaterale sufficiente col ritorno della funzionalità normale, l'osso assuma anche il suo normale aspetto.

Prendono la parola il dott. M. LEVI, il prof. TAROZZI, il prof. SELMI e il dott. BIANCHERI.

Immunità da peptone.

R. LUZZATTO. — Il fenomeno consiste nella mancanza di azione del peptone in rapporto alla incoagulabilità del sangue, allorquando si pratica una seconda iniezione a 24 giorni circa di distanza dalla prima.

L'O. ritiene che la teoria del Fano, conosciuta col nome di teoria dell'esaurimento, corrisponda in gran parte alla verità. Osserva che l'incoagulabilità del sangue in vivo si può ottenere non soltanto con iniezioni endovenose di peptone, ma ancora di moltissime altre sostanze proteiche, per es. gelatina, siero di cavallo, ecc., che però, se iniettate per via endovenosa *molto lentamente* o per via ipodermica, aumentano enormemente la tendenza del sangue a coagulare, tanto che possono persino provocare la coagulazione endovascolare.

Persino l'estratto non purificato di estremità anteriore, di sanguisuga, potente anticoagulante in vitro, iniettato lentamente nelle vene, aumenta assai la coagulabilità del sangue.

L'introduzione per via parenterale (e specie endovenosa) di proteine, determina fenomeni di intensa leuco- e piastrinopenia leuco- e piastrinocitosi. Sono gli elementi bianchi alterati per l'iniezione di proteine eterogenee, che versano in circolo sostanze enormemnte acceleranti la coagulazione.

Il primo fenomeno che segue sempre a dette iniezioni è dunque aumento della coagulabilità del sangue.

Ma se questo aumento è notevole, l'organismo reagisce oltre misura, mettendo in circolo sostanze anticoagulanti (antitrombina) e si ha così l'incoagulabilità del sangue.

Le ragioni per le quali una seconda iniezione di peptone praticata 24 ore circa dopo la prima non determina in generale in coagulabilità, sono dovute a diminuzione forse assoluta, certo relativa della quantità di antitrombina che l'organismo può mettere in circolo.

L'A. conclude affermando che non si può parlare di « immunità » da peptone nel senso classico della parola.

Prendono la parola i professori RIZZATTI e SIMONINI.

Ricerche sul sangue in un caso di emofilia.

R. LUZZATTO e JOSÈ CARRA. — In base a minutissime indagini eseguite in un caso di emofilia, mettono in rapporto la difficoltà del sangue a coagulare con una deficienza di protrombina.

Prende la parola il prof. SIMONINI.

Xeroderma pigmentoso di Kaposi familiare ed in soggetto adulto.

L. MORINI. — Presenta una donna di 24 anni ed un ragazzo di 12, fratello e sorella, affetti da xeroderma pigmentoso di Kaposi, malattia cutanea del gruppo delle forme neviche, caratterizzata da una sensibilità speciale della pelle alle radiazioni luminose, che conduce secondariamente ad una degenerazione analoga a quella della distrofia senile o presenile, delle radiodermiti e dell'arsenicismo.

I casi sarebbero interessanti sotto parecchi riguardi: l'età adulta di uno dei soggetti, poichè la malattia, che inizia ordinariamente al 2°-3° anno di vita, conduce ad esito letale con degenerazioni neoplastiche secondarie prima dei 12

anni; la mancata consanguineità dei genitori; l'esito felice finora ottenuto coi raggi X, in cura praticata nel gabinetto di Radiologia annesso all'ospedale.

Ictus anafilattico a tipo di crisi nitritoidi e per iniezione endovenosa di argento colloidale elettrico

L. MORINI. — Descrive un caso che definisce di autoanafilassi, osservato in un soggetto di 23 anni che era stato sottoposto da prima ad iniezioni endomuscolari, ed in seguito ad una iniezione endovenosa di argento colloidale elettrico.

Prendono la parola i professori RIZZATTI, DONATI, LUZZATTO, SILVESTRI e FIORI.

R. SIMONINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

GINECOLOGIA

Cancro del corpo dell'utero d'origine placentare.

F. Jayle e I. Halpérine. (*Presse médicale*, n. 39, 10 luglio 1919) descrivono un caso di corionepitelioma susseguito ad aborto; di nessun particolare interesse nè anatomico nè clinico.

Come al solito gli autori italiani nella rassegna bibliografica non figurano affatto, nemmeno il Pestalozza, che fu, nel 1891, il fondatore del quadro clinico del corionepitelioma. Gli AA. propongono una nuova denominazione, che è quella che figura nel titolo e che senza aggiungere nulla a quella generalmente accettata, semplice ed impeccabile, di « corionepitelioma », è lunga e inesatta. Poichè davvero non sembra lecito dar il nome di cancro del corpo dell'utero a un tumore così profondamente diverso dal cancro e per l'istogenesi e per la morfologia e per le vie di diffusione e per gli esiti; ma è mal vezzo francese chiamare ancor oggi « cancer » ogni tumore maligno! Che poi corionepitelioma non sia definizione sufficiente, come sostengono gli autori, perchè si potrebbe pensare a un corionepitelioma dell'ovaio o del testicolo, è come dire che « tavolo » nella descrizione di un salotto non è indicazione chiara, perchè potrebbe trattarsi di un tavolo operatorio. Quanto all'eziologia gli AA. affermano che essa va ricercata nell'eredità e nella sifilide. Nè l'una cosa nè l'altra può venir concessa; per la prima nulla risulta; per la seconda, qualche caso accidentale a parte, come quello degli AA., essa è sicuramente da escludersi (Wassermann negativa) nella grande maggioranza dei casi; è anche opportuno osservare che Wassermann positiva incompletamente si ha talvolta in casi di mola vescicolare, nei quali assolutamente null'altro parla per lues e che quindi il risultato della Wassermann è proprio qui (e nel corionepitelioma) da prendersi con molta cautela.

M. B.

L'isterectomia vaginale nel trattamento della febbre puerperale.

La terapia della febbre puerperale è spesso impotente a debellare l'infezione; in certi casi, a nulla valgono le lavande endouterine, i sieri, i metalli colloidali, ecc.

Nella considerazione che, il più delle volte, l'utero è il focolaio dell'infezione, viene naturale l'idea, di asportare tale focolaio. L'esame dell'utero, dopo l'asportazione, giustifica l'intervento.

E' però d'importanza essenziale decidersi prontamente, quando, nelle 24 ore successive al raschiamento, non si osservi un miglioramento sensibile. Accade talora, che, in seguito al raschiamento, si abbassi leggermente la temperatura e migliorino le condizioni del polso; se però tale miglioramento è affatto passeggero e la temperatura s'inalza ancora, non bisogna attendere ulteriormente.

L'esame locale ha un'importanza secondaria nella decisione dell'intervento.

La questione della via d'accesso è tuttora controversa; in generale però è preferibile la via vaginale a quella addominale, a meno che non si riscontrino lesioni localizzate degli annessi o segni di trombosi delle vene uterine o utero-ovariche. (F. M. Cadenat. *Presse Médicale*, 14 gennaio 1920). L'utilità dell'intervento è dimostrata dalla statistica di Tuffier che su 45 interventi registra 28 guarigioni.

Il trattamento locale non deve escludere quello generale con iniezione di siero glucosato (500 cmc.) di olio canforato (10 cmc. ogni 3 ore) di electrargol (iniezione endovenose di 15 cmc.).

r. s.

La cura della dismenorrea con i raggi X.

Si prestano a tale cura i casi in cui sono assenti gravi lesioni organiche, con emorragie mestruali abbondanti e prolungate con dolori dismenorroici, cefalea, depressione mentale. In tali casi va anzitutto tentata la terapia medica ed, eventualmente, qualche piccolo intervento chirurgico (dilatazione cervicale).

Si usino (Hermann-Johson, *Lancet*, 6 settembre 1919) raggi filtrati attraverso 3 mm. di alluminio, in modo da distribuirli uniformemente sulle ovaie e tessuti circostanti.

I genitali esterni vanno protetti con tessuto impenetrabile ai raggi.

Il trattamento deve comprendere non meno di sette sedute, ripetendolo eventualmente una o due volte.

Il timore per una possibile sterilizzazione non è giustificato, specialmente dosando opportunamente i raggi: gli effetti sulla pelle si possono prevenire o curare con il trattamento locale (applicazione di cold-cream). *r. s.*

Nei carcinomi inoperabili del collo uterino.

È stato consigliato il benzolo (Bordarampé. *Rev. de l'Assoc. med. argentina,* marzo 1919). Si applica direttamente sul neoplasma un tampone imbevuto con benzolo puro, e lo si lascia per cinque minuti, sostituendolo con altro tampone secco. Due volte al giorno, si praticano lavande vaginali con 2 litri di acqua bollita, calda, a cui si aggiungono 50 goccie di benzolo. Con questo trattamento il neoplasma diminuisce di volume. *l. b.*

ANESTESIA

Anestesia generale eterea nelle operazioni di breve durata.

D. Taddei (*Riforma medica,* 1919, n. 42-44) descrive il suo metodo di anestesia, che ha applicato con buoni risultati in circa 3000 casi.

Il paziente viene collocato sul tavolo operatorio, se ne fissano gli arti, si prepara il campo operatorio. Si applica poi sulla faccia del paziente una comune maschera di Julliard o simile, in cui siano stati versati non meno di 50 gr. di etere; il paziente non deve respirare contemporaneamente aria.

Immediatamente si inizia l'operazione o la medicatura: appena compiuta la parte dolorosa di queste, si fa allontanare la maschera.

All'inizio dell'applicazione il paziente arresta la respirazione, tenta di dibattersi o di allontanare la maschera, *ciò che va evitato assolutamente.* La faccia si fa rossa ed eventualmente cianotica, il polso frequente, le pupille medriatiche.

Se la piccola operazione è compiuta in questo periodo, che dura 30"-60", e che per le indicazioni del metodo è sufficiente, si toglie la maschera. Il paziente rimane immobile per alcuni minuti, con respiro calmo e profondo, poi apre gli occhi, pronuncia parole sconnesse; il ritorno della coscienza è preceduto da un periodo di facile suggestibilità, per cui il paziente obbedisce alle ingiunzioni dell'operatore di star fermo o di eseguire i movimenti necessari.

Nel caso che l'operazione duri oltre un minuto, e la maschera non venga allontanata, subentra lo stato di ebbrezza eterna e di analgesia iniziale, che può prolungarsi per 2-5 minuti, somministrando piccole dosi di etere. Se l'analgesia deve prolungarsi ancora si proseguirà la narcosi col metodo comune.

In nessun caso l'A. ha osservato complicanze polmonari o accidenti cardiaci.

Il metodo è adatto per operazioni di breve durata, medicature dolorose e simili, per non dare all'ammalato inutili sofferenze e per lasciare all'operatore tutta la calma necessaria. Sull'anestesia al cloruro di etile, ha il vantaggio che la durata può eventualmente prolungarsi senza alcun inconveniente.

Questo metodo di anestesia può essere ripetuto anche in infermi febbricitanti per più giorni successivi, come p. e. in individui con flemmoni gravi, fratture esposte che richiedono varie medicature dolorose; è bene sopportato e richiesto dagli ammalati stessi, che ne hanno provato i vantaggi.

Secondo l'A. l'anestesia è da attribuirsi ad una specie di blocco psichico, e sarebbe analoga all'anestesia, che si osserva nei momenti di grande emozione. *fil.*

L'anestesia generale per mezzo dell'intubazione faringea con l'apparecchio di Delbet.

L'apparecchio che Delbet ha presentato alla Società di chirurgia francese nel 1905 consiste in un tubo piegato ad angolo retto le cui branche misurano rispettivamente 11 ed 8 cm. La più lunga è cilindrica, si assottiglia gradatamente e termina con un becco; l'altra branca è conformata diversamente: essa si allarga e si appiattisce per terminare in una ampia apertura in forma di presa d'aria, quadrangolare, e rivolta in avanti: essa serve ad adattarsi alla sporgenza che fa il laringe nella cavità faringea.

Dufourmentel (*la Presse médicale,* settembre 1919) avendo largamente esperimentato i vari procedimenti di anestesia generale applicati alla chirurgia cervico-facciale conclude con il ritenere che, salvo in alcuni casi, l'anestesia che si può ottenere con l'apparechio di Delbet debba preferirsi ad ogni altro mezzo.

Esso realizza varie condizioni necessarie per la anestesia generale nelle operazioni cervico-facciali: allontanamento del narcotizzatore; impedimento della penetrazione del sangue nelle vie respiratorie e digerenti; soppressione dei vomiti; ha inoltre indiscutibili vantaggi anche sui tubi tracheali, di difficile e complicato maneggio, costosi, ecc.

Per utilizzare l'apparecchio di Delbet si comincia con l'anestetizzare il paziente con uno dei comuni metodi. Quando la narcosi è giudicata

sufficiente si applica il tubo nel faringe fino a che l'estremità superiore della branca posteriore arrivi a livello del laringe. La branca boccale viene a trovarsi adagiata sulla lingua ed il becco dell'apparecchio sporge fra gli incisivi. Quando tutto è ben situato si sente all'orificio esterno il passaggio della corrente d'aria e non resta che adattare al becco un tubo di cautchouc che lo colleghi con un apparecchio di Ricard o d'Ombrédanne. Se si vuole e si può, a fine di impedire ogni deglutizione di sangue, si tampona il faringe tutto intorno alla cannula. Il tubo di Delbet, come è ovvio pensare, non può essere usato nei casi in cui la bocca debba esser precedentemente chiusa; quando si abbia bisogno della completa vuotezza della cavità boccale, quando si debba intervenire sul laringe, sul faringe, ecc.

D. M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1107) Dott. V. B. Pisa.
Per l'igiene navale: BELLI. *Igiene navale*. Società editrice libraria Milano. Per la bromatologia, la profilassi delle malattie infettive, ecc.: il *Manuale dell'igienista* di CELLI. Un. tip, ed. Torino. Per le malattie infettive tropicali, LUSTIG ed altri: *Malattie infettive dell'uomo ed animali*. Fr. Vallardi, Milano.

fil.

(1108) All'abb. n. 1091C:
Il migliore trattato di oculistica rimane sempre quello del FUX (tradotto dal prof. Cirincione). Come manuali: MAY TROMBETTA, SGROSSO, OVIO. Consigliabile pure AXENFIELD, tradotto anche in francese.

MAGGIORE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

E. MADIA. *Trattato di medicina legale*. Prezzo L. 20. — Editori Detken e Rocholl. Napoli.

Se la bontà di un libro deve giudicarsi dal numero delle edizioni, è certamente tra gli ottimi questo del Madia, che in pochi anni è giunto alla nona edizione. Il trattato di medicina legale del Madia deve senza dubbio la vera fortuna all'indirizzo schiettamente pratico, al rigorismo scientifico, alla chiarezza e sobrietà della forma, che lo fanno un libro prezioso per medici e per studenti.

H. MARX. *Praktikum der gerichtlichen Medizin*. Prezzo marchi 10. Editore A. Hirschwald. Berlino.

È un buon manuale di tecnica medico legale, preciso nella indicazione dei metodi di esame, chiaro e sobrio nella forma.

M. C. STOPES. *L'amour et le mariage*. Traduz. dall'inglese. 1 vol. in-12° di pag. 160. Attinger Frères éditeurs. Parigi, 1919. Prezzo fr. 6.

In forma spregiudicata, l'autrice esamina la natura dei rapporti sessuali. Momenti sentimentali, fisici e genesici s'integrerebbero.

Un fatto fondamentale da lei osservato sarebbe che l'impulso sessuale nella donna normale si ripete quasi ritmicamente poco prima e poco dopo la mestruazione; ella crede che per la felicità della coppia umana nel matrimonio importi di regolare su questo ritmo la coabitazione. Ella condanna l'astinenza, ma è partigiana della temperanza.

Il volume contiene dati e considerazioni pregevoli.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALBERTONI PIETRO: Relazione clinica sulla così detta encefalite letargica. — Bologna, 1920.
PISENTI GUSTAVO: Quello che ogni medico deve sapere intorno al giudizio di revisione in tema di infortuni. — Roma, 1919.
ZAGARI G.: La profitizzazione del bacillo tubercolare dell'organismo. — Napoli, 1919.
PASSINI ROBERTO: Tubercolosi e ghiandole a secrezione interna. — Milano, 1920.
GIOVANNINI EUGENIO: Di una forma di grippe nelle Argonne. — Bagni di Casciana, 1919.
GILBERTI P.: Sul trattamento dell'empiema pleurico. — Bergamo, 1920.
BERTOLANI DEL RIO MARIA: Malformazioni multiple degli arti superiori (micromelia, ectromelia ulnare, ectrodattilia, sindattilia) — Reggio Emilia, 1920.
GUIDA TOMMASO: Il vaccino animale inoculato a bambini con minori possibili danni. — Napoli, 1920.
PEDRAZZINI FRANCESCO: Sul così detto polso cerebrale e sulle oscillazioni pletismografiche nello studio della circolazione encefalica. — Milano, 1919.
FRANK CASIMIRO: Sopra due nuovi nuclei nel mesencefalo dell'uomo. — Genova, 1920.
PESCI ERNESTO: Sindromi encefalitiche osservate durante l'attuale epidemia d'influenza. — Torino, 1920.
ALFIERI E.: Il parto e il puerperio nella genesi delle malattie ginecologiche. — Pavia, 1920.
MACCONE LUIGI: La cura delle acque di Salsomaggiore nei bambini. — Genova, 1920.
RICCIOLI ERNESTO: Sopra sei casi di pleurite essudativa curati con la pneumotoracentesi. — Firenze, 1920.
GUSMITTA MARIO: La moderna assistenza tecnico-sociale degli invalidi del lavoro. — Pescia, 1919.
SORGE GAETANO: Dell'ernia - infortunio. — Napoli, 1919.
CASTROMAN RODRIGUEZ: Bacteriologia clinica. Nueva ciencia antituberculosa. — Buenos Aires, 1919.
DE VECCHIS BENIAMINO: La protesi moderna nella mutilazione del viso. — Napoli, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Professori da operetta.

Riceviamo e pubblichiamo:

Non si parla qui dei professori di orchestra, categoria molto rispettabile, ma di quei scugnizzi professori o professori scugnizzi (come si vuole) che pullulano nei vivai universitari e che hanno infettato e falsato la vita scientifica dell'università italiana.

Voglio parlare qui di tutti quei docenti liberi, liberissimi anzi perchè nessun pubblico di discepoli li contorna, ma che col titolo di professore vogliono far credere al pubblico di essere uomini eccezionali e che se non salgono proprio alla cattedra è perchè... perchè i posti sono troppo pochi per tanta brava gente!

Ne troviamo in ogni facoltà ed in ogni ramo di facoltà: ed in agraria, e in chimica; nelle numerose branche della medicina poi la teoria di costoro è addirittura infinita. Ebbene, io credo di essere ancora al disotto del vero se affermo che appena uno sopra cento di questi professorelli può meritare per attitudini speciali, per cultura, per ricerche ed osservazioni originali, la qualifica di scienziato, mentre purtroppo, tutto il resto della falange è costituita da sciocchi cialtroni, che vogliono speculare sul titolo di professore come un commerciantet qualunque cerca con la *réclame* di attirare pubblico in bottega.

Tutto questo professorame sino a pochi anni fa si diceva fosse un dolce privilegio delle Università meridionali ma mi pare che anche nell'alta Italia, sotto questo riguardo, si sia più meridionali dei meridionali e che in fatto di docenze si sia serviti abbastanza bene: ogni anno vedono la luce infornate di liberi docenti (specie in questi anni di guerra in cui la docenza era divenuta un amuleto contro la trincea), ed il titolo pretenzioso e risonante di professore lo abbiamo visto appiccicato tutto in una volta ad individui che ci erano stati a gomito sui banchi del liceo e di cui troppo conoscevamo la patente mediocrità e l'incapacità costituzionale di creare qualche cosa di più e di meglio del comune.

Professore! non è poco; ed il pubblico beve grosso ed il giochetto è perfettamente riuscito perchè chi non ha nessun criterio di giudizio, dovendo scegliere fra un dottore ed un professore, non esita a lungo a dare la preferenza a quest'ultimo; ma pazienza il pubblico, il peggio è che pure le commissioni aggiundicatrici dei concorsi, le quali dovrebbero conoscere la ghermiinella dellla libera docenza, bevono grosso (o fanno conto di bere grosso) e davanti agli strampalati, voluminosi zibaldoni che consacrano il titolo di professore vediamo molto spesso venire aggiudicati posti di primo ordine ai professori da operette e restare in panna valenti professionisti al cui animo ripugnano gli intrighi e le astuzie infinite, spesso incredibili, alle quali bisogna ricorrere per giungere al professorato senza averne il merito.

A chi viene largito nel 99 per cento dei casi il titolo? a beniamini di professori universitari, a procacciatori di guadagni o di clientela, spesso per intrighi clerico-massonici, a figli di papà influenti, e allora, esistendo anche una sola di queste condizioni e facendo completa astrazione dal valore scientifico del candidato, si assegna un temaccio qualunque scelto per lo più dallo stesso candidato, e così in pochi mesi, al massimo un anno, cucinato il solito pretenzioso zibaldone, si passa di scatto dal modesto, umile, deprecato dottorato al risonante professorato.

A titolo di aneddoto posso raccontarvi, e potrei dare tutti i connotati ed i dettagli, di un docente divenuto tale per l'abilità di un bidello, il quale per viaggi fra Padova e Roma e permanenze fuori sede, dovette alla fine presentare al suo protetto una lista di 3000 lire, che furono però regolarmente pagate.

Ora questi professori di carta-pesta, appena saliti al piano nobile cui la fortuna e le protezioni li hanno portati, con molta impudenza si affacciano alla finestra e fatto un palmo di naso agli ex-compagni dottori si fanno in quattro per sfruttare il nuovo grado accademico, per poter entrare in concorsi, in commissioni, avere incarichi e accaparrarsi più fortunate e pingui clientele, come fanno per esempio molti specialisti medici.

Tutto questo va detto senza tanti preamboli perchè è un danno per i professionisti di animo retto e sincero, perchè falsa la cultura universitaria, perchè è un inganno alla buona fede del pubblico; ma non basta denunciare, occorre indicare il rimedio; d'ora innanzi si sia severi, anzi severissimi nel concedere l'abilitazione alla docenza: lo si faccia per titoli soltanto e mediante commissioni ministetriali formate da elementi competenti e molto rigorosi. Ee non che vedo già i professori scugnizzi che mi leggeranno, sorridere, e penseranno: quest'uomo in fondo è un ingenuo perchè meno docenti si creeranno e più resterà valorizzato il nostro titolo; lasciamolo dire, è un cane che invece di mordere, fa magnificamente i nostri interessi.

Ma allora? quale dovrà mai essere il rimedio ad un male così disperato? Ed eccovi il rimedio eroico che opererebbe la *magna sterilisatio*: con un bel decreto largire il grado di profesore a tutti i laureati con dieci anni di esercizio professionale (press'a poco come si faceva a nominare i capitani negli anni di guerra). Sono per primo io ad ammettere che sarebbe un provvedimento bestiale, grossolano e militaresco quanto mai, ma come rimarrebbero giocati bene quei docenti che hanno tanto intrigato e così poco studiato! *Quelle débacle!*

Saremmo, insomma, quasi tutti professori (io però fra due anni!) ed in questi tempi, in cui tutto pare si vada socializzando, chi mai se ne potrebbe meravigliare?

Ed ora che ho versata tutta l'amarezza dell'animo mio dichiaro che preferisco comindiare a parlare dell'abuso della docenza nei nostri giornali prima di rivolgermi ai quotidiani perchè i panni sporchi, sin che si può, è meglio lavarli in casa propria; dichiaro anche aperta la più larga discussione sull'argomento in questo giornale che rappresenta la gran massa modesta e proletaria dei medici condotti e dei liberi esercenti; discussione nella quale spero di non essere solo. Mi auguro anzi due categorie di compagni: i sostenitori ma sopratutto gli oppositori che si affretteranno a bollarmi come un invidioso od un fallito!

E prima di chiudere l'articolo ci tengo a dichiarare che esso è tutto a difesa di quell'unico sopra cento che merita l'autentica qualifica di scienziato; gli altri novantanove non servono che a riempire il numero cento.

Dott. UGO RIGHI.

Cronaca del movimento professionale.

A proposito dei concorsi per assistenti Riuniti di Roma.

Pregati, pubblichiamo:

Come era da prevedere, il criterio direttivo che ha voluto scindere in due il concorso per Assistente medico-chirurgico negli Ospedali Riuniti di Roma ha portato a dei risultati addirittura catastrofici.

Infatti al primo concorso per 30 posti non vi sono neanche 45 concorrenti, al secondo per 40 posti i candidati raggiungono la cifra non indifferente di 150.

Data la breve distanza di tempo che intercede fra i due concorsi (appena due mesi) e premesso che i posti negli Ospedali sono coperti dagli ex Assistenti effettivi che potrebbero e forse vorrebbero prorogare ancora il servizio, la mente nostra non arriva a comprendere per quale recondita ragione non si sia fatto un unico concorso per 70 posti, concorso che avrebbe per lo meno avuto i medesimi criteri di cernita.

Ora che cosa succede?

Nel primo concorso gli esclusi dovranno essere 15 solamente, nel secondo 110. E come non può sorgere il dubbio che fra gli idonei del primo concorso non ve ne sia qualcuno che scientificamente sia meno maturo di qualche altro del secondo concorso, rimasto fuori unicamente per lo scarso numero di posti disponibili?

La Pia Amministrazione degli Ospedali Riuniti non vorrà recedere dalle decisioni già prese; allora non ci rimane che confidare nella provata probità e nel fermo criterio di giustizia degli esaminatori, perchè se così non fosse si correrebbe il rischio di vedere entrare nel primo concorso quali assistenti degli Ospedali della Capitale, persone che lo potrebbero solo attraverso il non mai abbastanza lodato rotto della cuffia.

Grazie.

Un gruppo di concorrenti — naturalmente — al 2° Concorso.

Non entriamo nel merito della questione; ma è lecito d'altronde chiedersi: perchè questi *reclamanti* non prendono parte al primo concorso, tanto più che il concorso è, più che deciso, cominciato?

I Medici Ospedalieri della Toscana

si sono nuovamente riuniti in adunanza straordinaria il 25 marzo 1920 nell'aula vecchia della Clinica Medica della R. Università di Pisa (g. c.), per udire la relazione del chiarissimo prof. Taddeo De Hyeronimis, direttore dell'ospedale Civile di Lucca, su *La funzione moderna degli Ospedali.*

Erano rappresentate le Associazioni dei Medici Ospedalieri delle provincie di Firenze, Livorno, Lucca, Grosseto, Massa-Carrara e Pisa; di quest'ultima erano presenti anche i medici degli ospedali di Volterra e Pontedera.

La relazione del prof. De Hyeronimis fu ascoltata col massimo interesse dagli intervenuti e, su proposta del presidente, l'assemblea approvò all'unanimità che venisse al più presto stampata, dando poi ad essa la maggiore pubblicità possibile.

Venne di poi proposta la costituzionoe della *Federazione Regionale delle Associazioni dei Medici Ospedalieri della Toscana,* e dopo ampia discussione, alla quale presero parte quasi tutti gli intervenuti, venne *unanimamente dichiarata costituita la Federazione stessa con sede provvisoria in Pisa.*

Venne quindi approvato che ciascuna Associazione Provinciale dei Medici Ospedalieri della Toscana nominasse rappresentanti, per stabilire la sede definitiva della Federazione stessa, nominarne il Consiglio Direttivo ed approvarne lo Statuto.

In ultimo poi venne ad unanimità votato il seguente ordine del giorno:

« I medici Ospedalieri della Toscana riuniti in assemblea straordinaria il 25 marzo 1920, sentita la relazione del prof. De Hyeronimis su *La funzione moderna degli Ospedali,* convinti che per il regolare ed efficace funzionamento di essi sia necessaria un'unica direzione affidata ad un sanitario, riaffermano ad unanimità il principio, che tutti gli ospedali debbano essere diretti da un Direttore Medico, e che questo intervenga di diritto alle adunanze dei Consigli di amministrazione con voto consultivo, dichiarandosi pronti a sostenere con tutte le forze dell'organizzazione il principio approvato ».

La tariffa medica per la provincia di Roma.

Riportiamo un estratto della tariffa minima dell'Ordine dei Medici della provincia di Roma (per le prestazioni più abituali):

1. Visita medica o chirurgica ordinaria, sia a domicilio del medico, sia a domicilio del malato, L. 10.
2. Idem d'urgenza, L. 20.
3. Visita prolungata, oltre l'onorario della visita, per ogni ora, ma non al di là di tre ore, L. 20.
4. Visita ad ora fissa, L. 20.
5. Visita notturna (dalle ore 21 alle 24), L. 20 (dalle ore 24 alle 7), L. 40.
6. Visite contemporanee a più persone della stessa famiglia, per ognuna, in più, L. 5.
7. Visita ordinaria fuori della cinta daziaria, fino al perimetro di 10 km. e impiegando un'ora di tempo (spese a carico del cliente), L. 40.
8. Idem, per ogni ora successiva e non oltre tre ore (di giorno), L. 20 - Di notte, per ciascuna ora, L. 40.
9. Visita fuori residenza, a seconda del tempo impiegato e non oltre le 24 ore (oltre le spese), da L. 200 a 500 - Per ogni giornata in più da L. 200 a 300.
10. Accompagno d'infermi in città, a seconda della responsabilità e del pericolo, da L. 25 a 100.
11. Accompagno fuori residenza, a seconda del tempo impiegato, e non oltre le 24 ore, da lire 200 a 500.
12. Assistenza diurna, L. 100.
13. Id. notturna, L. 200.
14. Consulto a domicilio dell'infermo in città:
    a) al consulente, L. 50;
    b) al curante, L. 25.
15. Consulto fuori cinta daziaria e nei limiti di cui ai numeri 7 e 8:
    a) al consulente, L. 100;
    b) al curante, L. 50.
16. Consulto fuori residenza, libera contrattazione.

17. Certificato semplice, oltre la visita, L. 25.
18. Id. a richiesta di Società di assicurazioni, L. 25.
19. Certificato di morte per riscuotere premi di assicurazione, L. 25.
20. Certificato per trasporto di salma, L. 25.
21. Id. di infortunio (a richiesta) da L. 50 a 100.
22. Certificato per uso giudiziario in rapporto con indagini peritali e implicanti chiamate in udienza e dal giudice istruttore, L. 100.
23. Relazioni mediche e visite arbitrali, da tassarsi all'Ordine.
24. Visita collegiale con relazione scritta, da L. 30 a 50.

Le prestazioni a pagamento nelle cliniche universitarie.

Voti dell'Ordine dei medici di Roma. — Il Consiglio amministrativo dell'Ordine, avuta notizia del Decreto Luogotenenziale e del successivo Regolamento per l'applicazione, relativo alle prestazioni a pagamento nelle Cliniche Universitarie ed Istituti Superiori, votò il seguente ordine del giorno che è stato sottoposto a S. E. il Ministro della pubblica istruzione.

« Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, presa visione del D. L. 17 novembre 1918 relativo alle prestazioni a pagamento nelle Cliniche universitarie, considerando che eventuali abusi si possono verificare per la non esatta interpretazione delle disposizioni in esso contenute, e ritenuto non essere decoroso che il personale universitario abbia da percepire emolumenti per le prestazioni che si fanno negli Istituti Universitari; considerato il gravissimo danno che da questo servizio statale deriva al libero esercizio professionale; considerato che nessun vantaggio ne verrà all'insegnamento universitario, che anzi il personale stesso verrà distratto dai suoi doveri di insegnamento e di esami biologici e chimici per il pubblico esterno; fa voti che il Ministro della pubblica istruzione sappia trovare in altro modo i mezzi finanziari atti al funzionamento clinico ».

Lo sciopero dei medici nella Spagna.

Or è qualche tempo, tutti i medici della provincia di Cadige addetti ai servizi sanitari comunali e provinciali, si sono messi in sciopero, per protestare contro i mancati miglioramenti economici, da tempo richiesti.

Il movimento era cominciato a Jerez; lo strano è che i medici di Jerez hanno ottenuto soddisfazione, ma lo sciopero ha dilagato nella provincia e si va estendendo anche alle provincie limitrofe: in tutta la Spagna la professione medica minaccia di mettersi in aperta rivolta contro i pubblici poteri.

Per la prima volta in questo paese, ove il regionalismo è tanto spinto, si è resa manifesta una solidarietà interprovinciale, che ha avuto sanzione in un'assemblea generale dei « Colegios de medicos », tenutasi a Madrid.

I medici scioperanti continuano ad accudire ai loro malati, ma non provvedono più ai servizi pubblici. In principio pareva che questa misura non avesse alcuna importanza: quindi non vi si dette peso; ma ben presto si manifestarono gravi conseguenze, che mettono a repentaglio la salute pubblica.

Per lumeggiare la posizione economica dei medici addetti ai servizi pubblici nella Spagna, basti far presente che il Bollettino Ufficiale di Gerona, datato il 15 settembre 1919, annunziava l'apertura di un concorso a medico municipale per il comune di Argentera con l'emolumento di 20 pesetas... non al giorno e neppure al mese, ma all'anno! (una peseta corrisponde incirca ad una lira in oro); che nei grandi centri di provincia i medici addetti ai pubblici servizi percepiscono da 1000 a 2500 pesetas, somma per la quale hanno obbligo di restare a servizio del pubblico giorno e notte; mentre per otto ore di presenza (non di lavoro!) gli uscieri dei ministeri ricevono da 1500 a 4500 pesetas...

È per affermare i loro diritti all'esistenza, che i medici della Spagna sono entrati risolutamente a far parte di sindacati, i quali tutti insieme costituiscono ormai un saldo blocco professionale ed i quali sono modellati sul tipo di quelli operai.

Desumiamo, con qualche ritardo, queste notizie dai giornali francesi e americani, perchè da qualche settimana quelli spagnuoli non ci pervengono. B.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consorzi antitubercolori.

Una circolare del Ministero dell'Interno, Direzione Gen. della San. Pubbl., Div. 6, Sez. 2, in data 15 marzo 1920, ai Prefetti del Regno, dichiara che è intendimento del Ministero che sia dato il più vito impulso alla costituzione di detti consorzi, segnatamente ad opera del *Comitato provinciale antitubercolare* che ne deve essere — auspice il Prefetto — l'assertore e l'organo di propulsione, ne illustra gli scopi e traccia le norme seguenti per la loro costituzione:

1° - Più Comuni, anche di Provincie limitrofe, o la Provincia e i Comuni che la compongono, o più Provincie limitrofe, possono costituirsi in consorzio per la creazione di Istituti di cura per tubercolosi (Ospedali, Sanatori), per la istituzione e il funzionamento di dispensari antitubercolari ed in genere per la manifestazione delle diverse forme di attività dirette a combattere la tubercolosi (Ospizi marini, colonie marine e montane, asili campestri, ecc.).

L'ente che prende tale iniziativa redige un progetto di massima per la costituzione del consorzio che sarà comunicato agli altri enti interessati.

2° - Avute le adesioni degli enti al progetto di massima, il Comitato provinciale antitubercolare propone lo schema della convenzione regolatrice dei consorzi, il quale deve indicare: *a*) gli enti fra i quali il consorzio è costituito; *b*) lo scopo o gli scopi di esso; *c*) la sede del consorzio; *d*) le norme per la costituzione della rappresentanza consorziale e suo funzionamento; *e*) i mezzi per conseguire lo scopo o gli scopi del consorzio; *f*) il contributo di ciascun ente consorziato (forma di esso, modi, epoche di pagamento, ecc); *g*) le disposizioni concernenti i rapporti amministrativi e finanziari tra il consorzio e gli enti consorziati; *h*) le modalità di impianto ed organizzazione dei servizi che formano l'obbietto dell'attività consorziale; *i*) ed in genere le disposizioni relative al funzionamento amministrativo e contabile del consorzio.

Nella serie dei casi verificabili in pratica può darsi, tra l'altro, che il consorzio imprenda l'e-

secuzione di opere e compiutele, ne gestisca direttamente i servizi relativi.

Può darsi, invece, che alcuni soltanto degli enti consorziati costruiscano le opere, o adattino quelle esistenti, ed essi stessi o tutti, ne assumano la gestione.

Ad evitare, quindi, dubbi che possano essere fonte di controversie, è indispensabile stabilire con precisione i rapporti di proprietà derivanti dall'esecuzione delle opere e chiarire con esplicite clausole la misura dei diritti e degli obblighi spettanti a ciascun ente in conseguenza della configurata situazione.

Allo scopo, inoltre, di eliminare eventuali controversie fra gli enti consorziati è opportuno stabilire che esse siano decise mediante arbitrato, aggiungendo, cioè, la clausola compromissoria di cui all'art. 12 del codice di procedura civile.

Così, pure, è opportuno indicare la destinazione da darsi al patrimonio consorziale in caso di cessazione o scioglimento del consorzio.

3° - Lo schema della convenzione regolatrice dianzi menzionata va sottoposto a tutti i consigli interessati che devono deliberare in merito nei modi e nelle forme previste, pei rispettivi enti, dagli articoli 190, 259 e 313 della legge comunale e provinciale (T. U. 4 febbraio 1915, numero 148).

Le deliberazioni dei consigli comunali vanno sottoposte all'approvazione della giunta provinciale amministrativa.

4° - Il Prefetto, inteso il Comitato provinciale antitubercolare, provvede alla costituzione dei consorzi ed approva la convenzione regolatrice.

Quando invece si tratta di enti di provincie diverse, provvede il Ministero dell'Interno, previo parere dei comitati provinciali antitubercolari delle rispettive provincie e del Comitato centrale antitubercolare.

5° - Quando le circostanze locali lo richiedano, può addivenirsi alla dichiarazione di obbligatorietà del consorzio. Tale dichiarazione sarà emessa dal Prefetto, inteso il Comitato provinciale antitubercolare, e previo parere conforme del Consiglio provinciale quando si tratti di consorzi fra Comuni o fra questi e la provincia e sarà emessa dal Ministero dellInterno, intesi i comitati provinciali antitubercolari delle rispettive provincie, il Comitato centrale antitubercolare e previo parere conforme dei consigli provinciali interessati, quando si tratti di consorzi fra provincie limitrofe o fra comuni appartenenti a provincie limitrofe.

Occorrendo proseguire d'ufficio nel procedimento di costituzione del consorzio, le deliberazioni sono prese dagli enti interessati in seguito ad invito dal Prefetto e nel termine che, all'uopo, dallo stesso Prefetto sarà stabilito.

Il Prefetto statuirà, quindi, sulla costituzione del consorzio, e, dove occorra, stabilirà pure d'ufficio, con la stessa procedura, le norme regolatrici del consorzio.

Analogamente saranno adottati dal Ministero dell'Interno i provvedimenti per i consorzi fra provincie limitrofe o fra comuni appartenenti a provincie limitrofe.

Occorre che i Comitati provinciali antitubercolari, si mettano subito all'opera.

Il Ministero seguirà con vigile cura tutte le iniziative che in questo campo si andranno svolgendo, e non mancherà di dare ad esse tutto l'appoggio morale, e quegli aiuti materiali che, sotto varie forme e per le singole istituzioni, sono concretati nelle recenti disposizioni legislative.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8200) *Aumento di stipendio — Caro-viveri.* — Sig. Abbonato 625. — Per poter dare un giudizio coscenzioso ed esatto sulla opportunità di seguitare la lite, testè iniziata con codesta Congregazione di Carità, occorre che Lei, ci invii un promemoria in cui rassuma tutte le fasi e l'origine della contesa e le ragioni addotte dal Prefetto per esimersi dal provvedere direttamente. È da notare che il ricorso al Prefetto avrebbe dovuto essergli inviato nella qualifica di Presidente della Giunta Provinciale Amministrativa o della Commissione provinciale di beneficenza. Non sappiamo, poi, spiegarci perchè la Pia amministrazione nell'aumentare lo stipendio a tutti gli impiegati e salariati da essa dipendenti, abbia escluso dal beneficio solamente il sanitario. Se su questo punto potesse offrirci del pari qualche chiarimento sarebbe opportuno per la più completa conoscenza della causa e per poter dare giudizio oculato e completo.

(8206) *Abolizione della condotta piena.* — Dott. E. G. da S. Deve insistere nella via intrapresa. Poichè il Comune, nonostante la diffida giudiziaria ricevuta, si ostina a non compilare ed a consegnarle lo elenco dei poveri ben può essere chiamato responsabile dei danni che dalla sua oscitanza o negligenza sono derivati e derivano al professionista. Il privato abbiente, prima della formazione dello elenco dei poveri, non può essere chiamato a pagare.

(8208) *Cavalcatura — Assegno per mantenerla.* — Dott. R. C. da M. Contro il nuovo articolo inserito nel capitolato con cui il Comune Le concede un annuo assegno in compenso della cavalcatura che sarà chiamata a tenere, è necessario che Ella ricorra immediatamente, e prima che essa impartisca la sua approvazione alla G. P. A. sostenendo che la cavalcatura costa ora almeno il doppio dello assegno fissato dal Comune e chiedendo che il relativo articolo sia modificato nel senso che il sanitario, con l'assegno che il Municipio corrisponderà, non sia tenuto che a fornirsi a sue spese della cavalcatura ogni qual volta il caso lo richieda. Approvato che sia il capitolato, non resta che adempiere esattamente alle prescrizioni in esso contenute.

(8209) *Titoli per ammissione a concorsi per medici condotti.* — Dott. M. B. da M. L'articolo 75 capoverso 2° del Regolamento generale sanitario, applicabile anche ai concorsi per medici condotti, non richiede la esibizione dei documenti in originale od in copia autentica, ma bensì solo un elenco, in doppio, di essi. Epperò se, oltre l'elenco si creda, per abbondare, trasmettere anche i documenti, non è necessario che questi sieno copiati su carta da bollo e certificati conformi allo originale da un pubblico notaio, ma sarà sufficiente che siano copiati in carta semplice e vistati solamente dal Sindaco. I soli atti dello stato civile e quelli di buona condotta debbono essere legalizzati dalla autorità giudiziaria o dal Prefetto, quando debbono essere inviati fuori provincia. Occorre all'uopo apposita marca.

(8210) *Inscrizione all'Ordine dei sanitari.* — Dott. A. F. da T. Anche il medico interino è obbligato ad inscriversi all'Ordine dei sanitari, senza di che è inibito l'esercizio della professione.

(8212) *Tassa bestiame e vettura.* — Dott. R. B. da T. Il medico condotto che ha vettura propria

per l'esercizio della sua professione, deve pagare la tassa vetture e quella sulle bestie da tiro, sella e soma e non quella sul bestiame.

(8214) *Certificati sanitari per passaporti.* — Dott. O. A. da C. Fatte le eccezioni da Lei accennate può l'ufficiale sanitario esigere compenso per i certificati sanitari occorrenti per emigrare.

(8215) *Esenzione dal pagamento della Ricchezza Mobile.* — Dott. L. C. da S. L'esenzione della Ricchezza mobile è una concessione graziosa che l'amministrazione comunale vuol fare al proprio sanitario in considerazione principalmente, della tenuità dello assegno. Ma tale concessione non è obbligatoria in perpetuo: essa può essere revocata a beneplacito della amministrazione o perchè essa abbia supplito in altro modo alla parvità dello assegno o perchè sieno mutate le proprie condizioni economiche.

Ed è per una di tali ragioni che il Comune ha revocato per Lei la concessione dello esonero della R. M., e cioè, per aver ridotta la condotta a residenziale e per aver contemporaneamente elevato lo stipendio da lire 3600 a lire 6000 oltre i sessenni e caro-viveri. Stando così le cose non sapremmo consigliarla ad iniziare il giudizio, cui allude.

(8216) *Ufficiale medico del R. Esercito in servizio civile.* — Dott. G. M. da M. L'ufficiale medico del R. Esercito, che è inviato in un Comune a prestare servizio civile, non ha diritto ad alcuna indennità di alloggio.

(8218) *Pensioni.* — Dott. L. G. da P. Non si conosce se sarà riveduta la legge sulle pensioni dei medici condotti e non risulta sia derivato vantaggio di sorta nella liquidazione delle pensioni a seguito della formazione delle nuove tavole di eliminazione.

(8219) *Certificati per emigrazione.* — Dott. M. F. da S. M. sul C. I certificati necessari per emigrare saranno rilasciati gratuitamente a coloro che figurano iscritti nello elenco dei poveri.

(8220) *Ricorsi amministrativi — Sospensiva.* — Dott. G. P. da S. S. I ricorsi amministrativi non hanno effetto sospensivo. Faccia domanda alla G. P. A. per la emissione dei mandati di ufficio essendo rimasto ingiustamente privo dello stipendio del mese di Gennaio p. p.

(8221) *Soppressione di condotta - Licenziamento.* — Dott. L. B. da A. Il licenziamento per soppressione di condotta è ritenuto come determinato da forza maggiore e, quindi, legale. Per i medici che hanno prestato servizio di condotta non è richiesto limite di età per prendere parte a concorsi. Essendo licenziato per soppressione di posto ha diritto ad una indennità pagabile dalla Cassa di previdenza per i medici condotti e consistente nei due terzi del capitale accumulato sul conto individuale, che ascende approssimativamente a lire 4216. Da libero esercente non si può rimanere iscritto alla cassa.

(8238) *Elenco dei poveri.* — Dott. A. R. da M. Come Ella ben sa il numero dei poveri indicato nel capitolato e nell'avviso di concorso è semplicemente esemplificativo ma non tassativo. Esso, pertanto, può essere aumentato anche in corso di nomina, senza che il medico possa dolersi, supponendosi che egli abbia dato il suo parere favorevole alle singole inscrizioni in seno alla Giunta municipale. L'elenco redatto dalla Amministrazione municipale costituisce un provvedimento definitivo che non è passibile di ricorso in linea gerarchica. Unico mezzo concesso al medico condotto per difendersi contro l'eccessivo accrescimento dell'elenco dei poveri si è quello di dimostrare che il compenso che riceve è inadeguato al lavoro che è obbligato a sostenere e di chiedere alla G. P. A. un nuovo congruo aumento di stipendio ai sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria.

(8240) *Contravvenzioni alla legge sanitaria. Levatrici.* — Dott. G. O. C. da T. P. La levatrice non può fare nè iniezioni nè ricette. Constatandosi una di tali irregolarità la si può denunziare all'autorità giudiziaria per contravvenzione alla legge sanitaria.

(8241) *Nomina ad ufficiale sanitario provvisorio.* — Dott. A. D. M. da T. Se è libero esercente può seguitare ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario non ostante si stabilisca nel Comune un altro medico che abbia compiuto per la durata di un mese studii speciali e pratici di igiene. Non vale la pena di cambiare un ufficiale provvisorio per un altro egualmente provvisorio ed affatto nuovo del servizio. Non trattandosi di un impiego, ma di semplice incarico conferito con decreto prefettizio, non è poi prescrizione di dare preavviso della sostituzione un congruo tempo prima dell'effettivo abbandono del servizio.

(8242) *Stabilità. Periodo di prova. Interinato.* — Dott. T. T. da C. Il periodo di interinato è incluso in quello di prova quando è seguìto da regolare nomina in base a concorso. Questo principio non si trova espresso in alcuna disposizione tassativa di legge, ma è stato ammesso ripetutamente dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato. La stabilità si opera di diritto senza alcuna speciale deliberazione del Consiglio comunale.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 10905:

Di quale *premio* intende Ella parlare?

Del premio di smobilitazione o della polizza di assicurazione?

Nell'un caso o nell'altro non vi è nessuna disposizione speciale pei medici, che sono trattati alla stessa stregua degli altri militari.

All'abb. n. 62:

Si rivolga all'*Ufficio assicurazioni militari in Bologna*, via Castiglione, n. 8-10, con lettera raccomandata.

M. G.

Esami d'idoneità per l'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo. — Agli abbonati n. 11.652, F. G. da V. e n. 9983:

Vedano le disposizioni pubblicate nel *Bollettino ufficiale del Ministero dell'interno* dell'11 settembre 1912, n. 26 e 11 febbraio 1920, n. 6.

Possono farne richiesta al Ministero dell'interno, Direzione generale della Sanità pubblica.

i.

Corsi di perfezionamento in oculistica. — All'abb. n. 1090:

Col nuovo anno scolastico saranno ripresi i corsi di perfezionamento annuali in Clinica Oculistica pei medici, presso l'Università di Roma.

L'epoca però non è ancora fissata; a suo tempo saranno fatte delle circolari.

MAGGIORE.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Nell'adunanza del Corpo accademico (marzo 1920) veniva ad unanimità nominato socio dell'Ateneo il dott. Antonio Dian, nostro corrispondente da Venezia.

La Società Francese di Dermatologia e Sifilografia di Parigi nominava membri corrispondenti: il prof. Verrotti (Napoli), il prof. Young (Baltimora), il dott. Mook (Saint-Louis), e il dott. Pollitzer (New York).

Il dott. Curti Riccardo da Milano, è stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate durante la guerra. Già prima il dott. Curti aveva ricevuto la decorazione della Croce di guerra.

Il dott. Enrico Rossi di Vigentino, è stato insignito dal ministro degli interni della medaglia di bronzo al valor civile per il suo coraggio nel disarmare della rivoltella un individuo che voleva ammazzare la propria moglie.

Il dott. Alfredo D'Aniello, di Vietri sul Mare, capitano medico, è stato insignito della croce di cavaliere della corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate in dipendenza della guerra.

CONDOTTE E CONCORSI.

GRIGNANO Pol. (*Rovigo*). — Condotta pei poveri; scad. ore 18 del 15 maggio; L. 6000 lorde e 5 quadrienni del decimo, indennità caro-viveri, L. 1800 per mezzi di trasporto; L. 400 se uff. san.; ab. 3220. Servizio entro 20 giorni dalla partecip. di nomina.

LUGO. *Ospedale Civile.* — Si notifica che il posto di medico primario è essenzialmente ospedaliero, pur essendovi annesso l'obbligo della consulenza (non della cura) per i poveri entro il perimetro della città; che il limite di età non vale per gli aspiranti già in servizio effettivo presso altre amministrazioni pubbliche, compresi gli assistenti effettivi stipendiati delle cliniche universitarie.

NAPOLI. *Società Napoletana Antitubercolare.* — È bandito il concorso per i seguenti posti presso i dispensari della Società. 1. Un posto di direttore medico. 2. Un posto di aiuto medico. 3. Un posto di chirurgo. 4. Un posto di laringologo.

Al direttore medico lo stipendio annuo è di L. 3000; al posto di aiuto medico lo stipendio è di L. 2400; a ciascuno degli altri due posti lo stipendio è di L. 2000. Scadenza 20 aprile.

Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Società (Ufficio municipale d'igiene).

RABICONDOLI (*Siena*). — Frazione di Angera; poveri; L. 5000 lorde; indennità caro-viveri; L. 2000 nette per cavallo. Scad. 30 aprile.

ROSOLINA (*Rovigo*). — A tutto 20 aprile; L. 6000, oltre indennità caro-viveri; alloggio.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Condotta con Vallio; L. 8000 pei poveri (1400 su 2170 abit.), comprese le indennità. Scad. 30 aprile.

UDINE. *Amministrazione provinciale.* — A tutto il 10 maggio, medico di riparto di 3ª classe; L. 8000, alloggio, luce, riscaldamento, vitto nei giorni di guardia, diritto a pensione, quinquenni, passaggi di classe. Età limite 35 anni.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Primario specialista elettroterapista e radiologo; L. 6000 lorde di R. M., non suscettibili di aumento e senza diritto a Pensione; età limite 49 anni; conferma dopo un biennio; non oltre i 65 anni di età; titoli ed esami; certificati non anter. a 3 mesi dal 1° aprile. Scad. 10 maggio.

VENEZIA. *Amministrazione dei Manicomi Veneti Centrali di S. Servolo e di S. Clemente.* — Medico di Sezione nel Manicomio Femminile di S. Clemente; L. 8600, quattro quadrienni del decimo, alloggio, vitto nei giorni di guardia; L. 65 mensili di caro-viveri se celibe, L. 100 se ammogliato. Documenti alla Segreteria entro il 15 maggio. Servizio entro 15 giorni.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: condotte di Comacchio (Ferrara), Balestrate-Mezzoiuso (Palermo), Serra-Introna (Macerata), S. Prospero (Modena); manicomi di Novara e Perugia.

Revoca di diffide: condotta di Altavilla-Buronzo (Vercelli).

NOTIZIE DIVERSE.

La commemorazione dei medici napoletani caduti in guerra.

L'8 marzo, nella grande aula della Clinica Medica diretta dal prof. Cardarelli, ebbe luogo la solenne, austera cerimonia commemorativa dei medici napoletani caduti durante il periodo della guerra e per causa della guerra. Intervenne numeroso eletto pubblico, tra cui le Autorità civili e militari, i professori tutti della Facoltà medica e numerose famiglie di caduti.

Pronunziò brevi parole di saluto il dott. Giacomo Barmettler, per l'Associazione dei medici reduci dalla zona di guerra, organizzatrice della cerimonia. Seguì, tra la più viva commozione, la lettura dell'elenco glorioso dei caduti, che riportiamo:

Maggiore medico effettivo: Infante dott. Carlo; maggiore medico R. marina: Licopoli dottor Francesco; capitano medico effettivo: Alagna dott. Emilio; capitani medici di complemento: Caruso dott. Angelo, Chiaravallotti prof. Leoluca (decorato con medaglia d'argento), Della Valle prof. Paolo (decorato con medaglia di bronzo), De Sandro prof. Domenico, De Simone dott. Stefano, Scinicariello dott. Umberto (decorato con medaglia di bronzo); tenenti medici di complemento: Adinolfi dott. Giulio, Castandi dottor Francesco, De Conciliis dott. Ugo, Di Baia dottor Nicola, Izzo dott. Gaetano, Pandolfi dottor Gennaro, Perozzi dott. Luigi, Romano dott. Michele, Vinaccia dott. Federico; sottotenenti medici di complemento: Bianchi dott. Michele, Buonomo dott. Amedeo, Cosi dott. Carlo (deco-

rato con medaglia di bronzo), D'Agostino dottor Francesco, Di Giovanni di Santa Severina dottor Eugenio, Pasquale dott. Amedeo, Piccolo dottor Giuseppe, Spinelli dott. Luigi, Zito dott. Archita; medico di bordo: Parascandolo dott. Luigi; medico coloniale: D'Aiello dott. Nicola. Infermiere della Croce Rossa: Jappelli Luisa e Marulli d'Ascoli Maria Antonia. Vanno aggiunti i nomi di cinquantuno studenti della Facoltà di medicina.

Parlò poi con molta efficacia il prof. Enrico Sava, presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Napoli. Indi si levò, tra le acclamazioni dell'uditorio, il venerando sen. prof. Antonio Cardarelli, per presentare, quale presidente dell'assemblea, l'oratore ufficiale, prof. Leonardo Bianchi. Le parole del prof. Cardarelli furono accolte da prolungata ovazione.

Il prof. Bianchi pronunziò, con eleganza di forma e profondità di concetti, un magistrale discorso, nel quale, facendo un'acuta disamina dei principali eventi della storia nazionale, dal 1860 fino ai nostri giorni, e dimostrando l'ineluttabilità della nostra partecipazione alla grande guerra, traeva precise considerazioni per additare manchevolezze e virtù rivelatesi nella difficile prova, e tra le virtù segnalava quelle veramente eccelse dei medici militari.

E considerando che questi in grandissima parte erano stati per lo innanzi del tutto estranei alla organizzazione militare, conchiuse inneggiando, anche nei riguardi del servizio sanitario, alla nazione armata, vera e sola artefice di vittoria.

Chiuse la serie dei discorsi un giovane studente, con infiammate patriottiche parole.

Della cerimonia resterà a documento una speciale pubblicazione su « I medici napoletani nella guerra 1915-1918 », della quale ha assunto impegno il presidente dell'Ordine dei medici, affidandone la compilazione al dott. A. Botti, nella sua qualità di redattore del Bollettino dell'Ordine. (*Rif. Med.*).

Primo Congresso Nazionale per le industrie sanitarie. Un Istituto di controllo sui farmaci.

Il Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie avrà luogo in Milano durante i giorni 18, 19 e 20 del corrente aprile.

Sarà contemporanea al Congresso (e ne sarà importante complemento) la « Mostra Campionaria delle Industrie Sanitarie Italiane », la quale a sua volta farà parte della « Prima Fiera Internazionale », a cui è già assicurato un successo grandioso.

Il Congresso discuterà, fra gli argomenti più importanti, la necessità di un *controllo sui farmaci* in generale, ed in particolare su quelli che ci vengono dall'estero, essendo già stata prospettata la opportunità di fondare un apposito grande Istituto, dotato di potenti mezzi di indagine.

Oltre ai numerosi e complessi problemi che riguardano la produzione chimico-farmaceutica italiana, che trovasi ora, anche più di altre industrie, in periodo di crisi, sarà prospettato, da parte di personalità eminenti, tutto ciò che si riferisce alle nostre fonti salutari, alle stazioni climatiche, ecc., vale a dire al nostro patrimonio idrologico e climatologico, il quale attende da tempo di essere messo nel valore che gli compete, specie raffrontandolo con lo sviluppo che, pure con risorse naturali assai minori delle nostre, altrove è stato raggiunto.

Il « Comitato » per il « Congresso », e per la « Mostra » annessa (con sede in Milano, via S. Paolo, 10), mentre annunzia che sono assolutamente già chiuse le inscrizioni alla Mostra, accoglie invece le inscrizioni al Congresso, il quale è ad un tempo medico, scientifico ed industriale.

Nella stampa medica.

Affrontando i gravi rischi che oggi comporta l'industria editoriale in Italia, risorge la « Liguria Medica ».

Il simpatico giornale che era stato costretto a sospendere le sue pubblicazioni nel maggio del 1915, si atterrà al suo vecchio programma di rispondere ai bisogni della pratica e di promuovere e tutelare gl'interessi della famiglia sanitaria. Sarà organo degli Ordini dei medici di Genova e di Porto Maurizio.

Fervidi auguri.

Beneficenza.

La Ditta Pio e Egidio Gavazzi ha assunto a tutte sue spese la costruzione di un Padiglione chirurgico per l'Ospedale civile di Desio (Milano), per letti n. 50; i lavori sono già iniziati.

La Ditta Lanificio Nazionale Targetti ha versato al detto Ospedale civile lire centomila per la sistemazione di un Reparto staccato di maternità.

Corso di perfezionamento in igiene.

Il 20 aprile 1920, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Parma, avrà principio un corso complementare bimestrale d'igiene pratica per gli aspiranti alla carica di ufficiale sanitario.

Essendo limitato il numero dei posti disponibili, le iscrizioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione della domanda.

Agli ammessi si consiglia di portare il microscopio adatto per le ricerche batteriologiche.

Giubileo del prof. Domenico Majocchi.

Le onoranze che nel 1915 si volevano tributare all'illustre clinico prof. Domenico Majocchi dai suoi colleghi, discepoli ed ammiratori in occasione del 35° anno del suo insegnamento, per le luttuose vicende della guerra mondiale sono rimaste sospese. Esse, unitamente al Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, avranno definitivamente luogo il 6 giugno p. v. nell'Archiginnasio di Bologna dove sarà conferita al festeggiato una medaglia d'oro commemorativa.

I medici italiani sono pertanto invitati a concorrere colla sottoscrizione e con la presenza all'omaggio verso il Maestro nella ricorrenza del suo 40° anno d'insegnamento.

Il Comitato ordinativo è così composto:

Avv. Nino Bixio Scota, ff. Sindaco di Bologna; prof. Augusto Ducrey, presidente della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia; prof. Alfonso Poggi, preside della Facoltà di Medicina di Bologna; prof. Giuseppe Ruggi, presidente della Classe di Scienze Fisiche della Accademia delle Scienze; prof. Vittorio Puntoni, rettore della Università di Bologna; prof. Gio. Battista Fiocco, presidente dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi italiani; professor Luigi Silvagni, presidente dell'Ordine dei Medici; prof. Vittorio Putti, presidente della Società Medico Chirurgica di Bologna; segretario

generale è il prof. Giovanni Pini, Bologna, via S. Stefano, 18.

Per informazioni e richieste di alloggio dirigersi ai segretari prof. Leonardo Martinotti e dott. Giuseppe Lucchetti - R. Clinica Dermosifilopatica, Ospedale S. Orsola, Bologna.

Per comunicazioni scientifiche dirigersi al professor Vincenzo Montesano, segretario della Società italiana di Dermatologia e Sifilografia - Roma, Corso Italia, 32.

In onore di Welch.

In questi giorni compie il suo 70° anno il professor William H. Welch, il più reputato patologo generale e batteriologo americano.

In tale occasione un gruppo di amici ha deciso di raccogliere le numerose pubblicazionoi dell'illustre scienziato e di fargliene omaggio: formeranno due grandi volumi, rilegati artisticamente.

Gli aderenti potranno mandare al più presto la quota o la sottoscrizione (dollari 16,50) al seguente indirizzo: The Johns Hopkins Press; Homewood, Baltimore, Maryland (S. U. d'A.).

Il Comitato comprende i più bei nomi della medicina americana, da Flexner a Mac Callum, da Cushing a W. Mayo, ecc.

Il 15 febbraio è morto a Vienna il prof. ERNESTO WERTHEIM, direttore di quella 1ª clinica ginecologica, in seguito ad un attacco d'influenza.

Il suo nome resta legato all'operazione per la cura ultra-radicale del carcinoma uterino ed alle operazioni addominali per la via vaginale; egli ha compiuto anche molti altri studi importanti: per es. fu lui che riuscì per la prima volta a coltivare il gonococco, a dimostrarlo nei tessuti, ecc.

Lascia molte pubblicazioni apprezzate: « Technick der vaginalen Bauchhöhlenoperationen » in collaborazione con Micholitsch, vari contributi nel trattato di v. Winckel, la sua grande opera sul trattamento chirurgico del cancro dell'utero, una serie di memorie.

Era nato nel 1864. B. R.

È morto il prof. THOMAS RICHARD FRASER, che insegnava materia medica a Edimburgo. Era nato a Calcutta nel 1841.

Rassegna della stampa medica.

La Riforma Med., 10 genn. GUARINI: Ricerche radiologiche nel così detto « grosso ventre di guerra ».

Giorn. di Medic. Milit., 1 feb. D'ABUNDO: Traumi di guerra determinanti alterazioni midollari e radicolari spinali.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 18 gen. FUNAIOLI: Sulle pseudo-anemie del lattante. — 22 gen. SIMON: La glicerina per via ipodermica produce gravi lesioni. — 25 gen. CARTOLARI: Modificazioni morfologiche degli elementi sanguigni nel carcinoma.

Journ. Méd. Chir. prat., 10 gen. Numero sulle affezioni del sangue.

Presse Méd., 4 feb. VIDAL e WALLERY-RADOT: Anafilassi all'antipirina. — GUTMANN e PORAK: Le forme ipotermizzanti della malaria.

Amer. Journ. Med. Sciences, gen. ALBEE e MORRISON: Innesti ossei. — BASTEDO: Farmacologia degli stomachici. — ROBINSON: Effetti della digitale sui cuori con fibrillazione auricolare.

Arch. Radiology, gen. OVEREND: Tisi bronco-pneumonica periilare.

Pediatria, 15 gen. CANELLI: Sulle sindromi di Little.

Giorn. di Clin. Med., gen. GATTI: Sulla bronco-polmonite epidemica contagiosa della passata epidemia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra.

L. Pozzi, *ed. resp*

Anno XXVII — *Roma, 19 aprile 1920* — Fasc. 16.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

diretto dal prof. L. CONCETTI.

Sulla vaccinazione antipertossica

per il prof. TULLIO LUZZATTI, aiuto e docente.

Essendomi stata favorita dal prof. Nicolle (Ist. Pasteur di Tunisi) una quantità di vaccino antipertossico, ho avuto occasione di vaccinare alcuni bambini nella Clinica e nella clientela privata. Sebbene le mie osservazioni non siano ancora numerose, quali sarebbero richieste per stabilire gli effetti di una terapia in una forma morbosa, che si presenta, come la pertosse, con una così diversa intensità e con un così diverso decorso, credo tuttavia di poter far conoscere i miei risultati, che mi sembrano abbastanza dimostrativi almeno in un senso, cioè riguardo all'azione profilattica della vaccinazione antipertossica.

Modo di preparazione del vaccino antipertossico di Nicolle. Si coltiva il bac. di Bordet su agar-sangue o su agar-amido; al momento della semina si versa alla superficie del terreno solido un tenue strato di brodo Martin. Si lascia in termostato a 37° per 24 ore. Si raccoglie quindi la coltura e si centrifuga ripetutamente, sostituendo la parte liquida con una quantità uguale di soluzione di fluoruro di sodio fisiologica al 7 ‰, nella quale si emulsionano i germi; si fa una 2ª centrifugazione e una 2ª emulsione in nuova soluzione di fluoruro sodico. Si procede quindi con brevi centrifugazioni e si raccoglie il liquido torbido, emulsionando ogni volta nell'intervallo il deposito nella soluzione di fluoruro. Si ottiene, al più dopo 4-5 centrifugazioni, mescolando i singoli liquidi torbidi, un'emulsione assai omogenea di bac. di Bordet, perfettamente lavati dalle impurità del terreno di coltura dei prodotti tossici di secrezione del bacillo. Si numera all'ematimetro. Quindi l'emulsione concentrata si porta, con l'aggiunta della quantità necessaria di soluzione di fluoruro, al titolo di 500 milioni di microbi per cm^3. Il prodotto viene distribuito in fia-

(1) Ringrazio il prof. Nicolle, che volle gratuitamente favorirmi il suo vaccino.

lette, che si tengono per 48 ore a 40°, ciò che assicura la sterilizzazione dei microbi in seguito all'azione antisettica del fluoruro. Il vaccino di Nicolle si conserva, secondo l'A., con le sue proprietà almeno per 2 anni.

Tecnica della vaccinazione. La dose vaccinale secondo Nicolle è di 1/2 cm³, cioè 250 milioni di corpi bacillari. Si agiti fortemente il vaccino in modo da renderlo un'emulsione omogenea. Con una siringa da 2 cm³ si aspira 1/2 cm³ di vaccino e quindi 1 1/2 cm³ di soluzione fisiologica sterile. Si inietta nelle natiche. L'inoculazione non provoca alcuna reazione locale o generale. La dose è uguale per tutte le età. Le iniezioni si ripetono fino a guarigione ogni giorno od ogni due giorni. In genere bastano 6-10 iniezioni (12-20 giorni).

Dalle mie osservazioni non posso per ora affermare con sicurezza che il vaccino Nicolle sia atto a mitigare l'intensità degli accessi e tanto meno ad arrestare il decorso della pertosse. In alcuni casi ho notato veramente una certa rarefazione e mitigazione degli accessi, però transitorie. Ciò non mi permette quindi di affermare che in questi casi la vaccinazione abbia avuta un'efficacia diretta sul processo infettivo, poichè, se si fosse trattato di un'immunizzazione attiva specifica, l'effetto doveva essere permanente, tanto più che in alcuni di questi casi le iniezioni furono numerose (fino a 10-12) e la quantità di vaccino, iniettato volta per volta, superiore a quella consigliata da Nicolle, cioè anche fino ad un miliardo. Ci decidemmo alla dose superiore, considerando che quella consigliata da N. era molto inferiore a quella consigliata da altri AA., i quali anzi consigliano dosi anche superiori ai due miliardi. Se si considera che sull'intensità degli accessi pertossici ha un'indubbia influenza l'elemento nervoso e pischico, come è noto specialmente ai medici dei reparti di isolamento, si potrebbe sempre pensare che l'effetto notato in questi casi fosse da riferirsi a tale fatto. Non intendo per altro fare conclusioni negative sui risultati della vaccinazione specifica nella pertosse in atto, tanto più che i casi da me trattati si trovavano in un periodo avanzato della malattia, e mi riserbo di fare ulteriori e più numerose osservazioni in proposito.

Mi pare invece di poter dire che la vaccinoterapia specifica ha un'importanza per la profilassi della pertosse. Per quanto scarse, le seguenti mie osservazioni mi sembrano dimostrative in proposito.

1° famiglia B., 3 figli di 7, 5, 2 anni. Abitano in una casa, dove vi sono numerosi altri casi di pertosse. Il bambino di 7 anni cominciò a tossire il 7 maggio 1919. Per quanto non abbia ancora accessi tipici, si fa diagnosi probabile di pertosse e si consiglia la vaccinazione degli altri due bambini, che non presentano alcun sintomo sospetto e che, non potendo venire isolati, continuano a far vita comune col fratello. Dopo circa 10 giorni compaiono in questo accessi tipici ed intensi di pertosse. Gli altri due bambini fecero un'iniezione di vaccino N. a giorni alterni (*in toto* 7); dopo più di un mese non presentarono alcun sintomo di pertosse.

2° famiglia S., 2 figli, di 7 e 1/2 anni. Il primo contrae la pertosse alla scuola. Ai primi accessi tipici si consiglia la vaccinazione del- ccntinuo col fratello, le si fanno 5 iniezioni di cino N. a giorni alterni; il bambino resta immune da pertosse.

3° famiglia P., 4 figli, di 12, 8, 5, 3 anni. I primi due s'ammalano di pertosse. Ai primi accessi si inietta il vaccino N. agli altri due, che hanno con gli altri due contatti continui. Si fanno 5 iniezioni a giorni alterni. Il bambino di 3 anni viene còlto dopo circa 10 giorni da tosse catarrale non spasmodica, che cessa in circa 15 giorni senza presentare mai alcun carattere convulsivo. Il bambino di 5 anni resta immune.

La grave contagiosità famigliare della pertosse è nota. Se dunque in queste 3 osservazioni i fratelli dei pertossici, non ancora contagiati o che al più si trovavano nel periodo d'incubazione, non contrassero l'infezione, è da ritenersi ch'essi si fossero immunizzati attivamente in seguito alla vaccinazione specifica. Sarebbe, parmi, importante di fare delle ricerche serologiche in proposito, quali a me non fu possibile fare, non avendo una cultura di bac. di Bordet (v. avanti).

Il giudizio sulla vaccinazione specifica dei pertossici, da quanto mi risulta dalla letteratura, è assai diverso. Mentre alcuni si dichiarano nettamente favorevoli alla vaccinoterapia, altri dichiarano di aver ottenuto risultati dubbi o del tutto negativi; alcuni affermano che il trattamento è inefficace, anche se iniziato precocemente. Un simile giudizio disparato si trova del resto anche riguardo la vaccinoterapia specifica di molte altre infezioni. Mentre nessuno più dubita sulla reale efficacia dell'immunizzazione passiva (sieroterapia specifica della difterite, del tetano, ecc.), la questione della immunizzazione attiva (vaccinazione specifica) delle infezioni in atto è ancora discussa o per lo meno i suoi risultati non sono evidenti o indiscutibili come per la prima. Il contrario si verifica per la profilassi delle infezioni, nella quale da tutti è ammessa l'indiscutibile efficacia dell'immunizzazione attiva (vaccinazione preventiva specifica), mentre nullo o molto transitorio è l'effetto di quella passiva (sieroterapia preventiva specifica.

Nell'immunizazione specifica di alcune infezioni in atto si è creduto di raggiungere risultati migliori, associando l'immunizzazione attiva a quella passiva: pare che per questa via si possa raggiungere un immunità attiva più spiccata che con una semplice vaccinazione. Se lo stesso possa affermarsi per la pertosse, non si può dire, non essendosi per ora potuto ottenere un'immunsiero specifico dagli animali. Si è tentata, e pare con

risultati soddisfacenti, una sieroterapia interumana specifica, cioè l'iniezione di siero di sangue di pertossici in atto o convalescenti in altri individui colpiti dalla stessa infezione. Sarebbe da provarsi una tale sieroterapia combinata alla vaccinazione. Un'influenza può avere probabilmente una vaccinazione oltre che nel periodo d'incubazione, anche nel periodo catarrale della pertosse, come risulterebbe da questa mia osservazione, che viene per così dire a confermare quelle sopra accennate.

C. R. d'anni 5, è stato a contatto d'una sorella di 7 anni, che ha la pertosse; da qualche giorno ha una leggiera tosse catarrale, corizza, arrossamento delle congiuntive con senso di pizzicore e lagrimazione. Si fa un'iniezione quotidiana di vaccino N., in complesso 5 iniezioni, in seguito alle quali tutti i fenomeni regrediscono rapidamente, restando solo per qualche giorno ancora una tossetta senza caratteri. Il bambino non ha accessi pertossici nemmeno dopo più di un mese.

In questo caso potei fare un'osservazione, che mi sembra importante e che merita di essere ripetuta, onde verificare se è costante. Potei cioè osservare alla fine della vaccinazione una reazione agglutinante del vaccino bene emulsionato col siero del bambino, mentre la reazione era negativa prima della vaccinazione e col siero di un pertossico non vaccinato.

50 goccie di vaccino vengono perfettamente emulsionate in uguale quantità di soluzione fisiologica di NaCl, e si mescolano con mezza goccia di siero di sangue del bambino in osservazione. Si allestiscono insieme prove di controllo col vaccino non mescolato al siero. Si lasciano le provette in termostato per 1-2 ore, dopo le quali si osserva, se è avvenuta l'agglutinazione.

Le prove positive di vaccinazione profilattica dimostrano con grande probabilità che il bac. di Bordet è l'agente specifico della pertosse. D'altra parte questa prova serologica starebbe a dimostrare che la produzione spontanea di anticorpi nel pertossico in atto è per lo meno tardiva, poichè nè nel bambino, che si trovava nel periodo catarrale nè in quello, che aveva la pertosse in atto, potemmo dimostrare la agglutinina. Quest'osservazione confermerebbe l'importanza profilattica della vaccinazione specifica, la quale permetterebbe senza dubbio di fare un gran passo nel trattamento di questa malattia, contro la quale siamo completamente disarmati.

Ottobre 1919.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Acetonuria nell'influenza

per il dott. GUIDO IZAR, aiuto e docente

In un buon numero dei casi di influenza caduti sotto la mia osservazione, sono stato colpito, nell'esame delle urine, dalla presenza di acetone ed acido diacetico sia isolati che uniti.

Il rilievo si riferisce, oltre che a casi con localizzazioni viscerali, anche ad altri nei quali nessuna localizzazione era apprezzabile, sia perchè non si fossero ancora presentate quelle che si stabilirono in proseguio, sia che il caso si svolgesse sotto forma della così detta « pura febbre influenzale ». Non è da escludere che il reperto sia occasionale data la ristrettezza del numero delle osservazioni.

Comunque, non risultandomi che questa acetonuria sia stata messa in rilievo in modo speciale nell'influenza, per quanto sia difficile seguire lo sviluppo della letteratura di questa malattia, mi è parso meritevole di segnalare il fenomeno per osservazioni su più larga scala, anche perchè alcune manifestazioni presentate dagli influenzati, come il vomito, la dispnea (quando non ripeta la sua origine da disturbi del circolo, del polmone, dei reni o questi non bastino a spiegarne l'entità), la sonnolenza, rientrano nel gruppo dei sintomi acetonemici e potrebbero almeno in parte, riferirsi all'acetonemia, la quale a sua volta può essere favorevolmente influenzata dalla somministrazione di alcalini in dosi sufficienti.

Così è avvenuto in alcuni dei miei casi di cui riassumo sinteticamente i dati positivi più salienti.

CASO I. — Donna di 58 anni: da 2 giorni cefalea gravativa sopraorbitaria, senso di rottura, mal di gola, rachialgia, febbre continua 38°.4-38°.8: da 12 ore sete intensa, tendenza al sonno, vertigini nei movimenti del capo.

E. O.: Sensorio ottuso; lieve faringite; P. 112 ritmico molle; R. 32, superficiale, senza tipo speciale: nessun rilievo all'apparato respiratorio e circolatorio: dolenti alla pressione i punti d'uscita del 7° e 5° paio: lieve esagerazione dei riflessi tendinei e cutanei; lingua appena impaniata; alvo aperto: minzione frequente.

Acetonuria di media intensità.

Somministrazione di bicarbonato per os (15 gr.). Il giorno successivo assenza di acetone: sensorio libero: senso soggettivo di miglioramento: scomparsa cefalea: riflessi normali.

Nessuna complicazione: apiressia in 6ª giornata.

CASO II. — Donna di 23 anni: da 2 giorni febbre a 38°; coriza, dolori muscolari, cefalea sopraorbitaria, scarsa tosse, tendenza al sonno.

E. O.: Paresi facciale inferiore destra: lingua deviata dallo stesso lato: dolenti alla pressione

i punti d'uscita del 5° paio destro: scarsi fatti bronchiali diffusi: P. 104 ritmico molle: R. 26.

Acetonuria abbastanza intensa: *Diaceturia*.

Somministrazione di bicarbonato (30 gr. per os, 20 per clisma) per 2 giorni. Scompare l'acetone e l'acido diacetico: scompare la sonnolenza: in 6ª giornata scompaiono le paresi del 7° e 12°.

Nessuna complicanza: apiressia in 9ª giornata.

CASO III. — Giovine di 21 anni: da 10 giorni febbre remittente con massimi di 38°.5: stanchezza, sonnolenza.

E. O.: Stato di sonnolenza continua dalla quale l'a. si risveglia facilmente in perfetta coscienza: lieve ptosi palpebrale destra: midriasi, torpore pupillare alla luce: paresi facciale inferiore sinistro: deviazione della lingua dallo stesso lato: riflessi cutanei e tendinei esagerati: Babinski presente: clono piede e rotula presenti, più accentuati a sinistra: nulla agli apparecchi respiratorio e circolatorio: P. 85: R. 22: milza lievemente ingrossata.

Liquido cefalo rachidiano: pressione normale: limpido: 1002: albumina 0,2 ‰: Nonne Apelt negativa: R. W. negativa: assenza di germi: forte leucocitosi: (51,5 per mmc. con prevalenza dei linfociti: 83 %).

Sangue: sierodiagnosi negative: R. W. negativa: nessuna alterazione formula: assenza parassiti: emoculture negative.

Urina: quantità normale: tracce albumina senza elementi renali e cilindri.

Acetonuria di media intensità.

Decorso: a seguito amministrazione purganti, diuretici, alcalini si attenua e talvolta scompare l'acetonuria, la sonnolenza e l'esagerazione dei riflessi, sintomi che ricompaiono dopo qualche giorno col ricomparire dell'acetone nelle urine. Le alternative di miglioramento e peggioramento si ripetono a varia ripresa durante 21 giorni (31 di malattia) mentre la febbre cede al 18° di malattia. Dal 31° giorno di malattia l'acetone scompare definitivamente. Persistono ancora per qualche tempo le paresi del facciale e dell'ipoglosso e la ptosi palpebrale.

CASO IV. — Donna di 54 anni: da 24 ore febbre a 39°, cefalea frontale, senso di rottura, rachialgia, lieve tosse secca, profonda prostrazione: minzione abbondante, alvo aperto. Da 2 ore: dolore epigastrico: vomito continuo, fortemente acido, giallastro.

E. O.: Nessun rilievo obbiettivo all'infuori di spiccata iperestesia: lingua appena impaniata: forte odore di acetone dell'alito e delle sostanze vomitate: P. 123, ritmico, molle: R. 34 senza tipo speciale.

Acetonuria: Clistere senna: alcalini ed alte dosi: diuretici: cardiocinetici.

Scompare l'acetonuria, il vomito, la cefalea, la dispnea: persiste tosse: P. 95. R. 24: T. oscillante fra 38°-38° 5 per 4 giorni.

In 6ª giornata polmonite lobare inferiore sinistra decorsa senza complicanze nè postumi: crisi in 5ª giornata.

CASO V. — Giovine di 22 anni, figlia della precedente ammalata. Dopo 3 giorni di assistenza alla madre debolezza generale, senso di rottura, cefalea sopraorbitaria, coriza: T. 38°.2, continua.

Nessuna localizzazione: P. 92: R. 24: alvo aperto da purgante.

In 3ª giornata vomito continuo, acido, giallastro: T. 37°.5: profonda prostrazione: P. 128, ritmico, piccolo: R. 35.

Nel vomito ed urine presenza *acetone* ed *acido diacetico*.

Somministrazione di alcalini per os e clisma: scomparsa vomito: sonno profondo dal quale l'ammalata si risveglia in istato di relativo benessere. Nessuna complicazione: apiressia in 5ª giornata.

CASO VI. — Giovine di 32 anni: cameriera della precedente. Si ammala contemporaneamente alla padrona dopo averne assistita la madre.

T. 40°: delirio: lingua impaniata: urine scarse: alvo chiuso. Nulla apparato respiratorio e circolatorio: purgante.

Nelle 24 ore successive vomito: poi la T. si abbassa a 38°: sonnolenza spiccata: alito acetonico: *acetonuria* forte.

Alcalini per os e clisma: scompare sonnolenza ed acetonuria: T. 37°-37°.5: Dopo 3 giorni di relativo benessere con T. 37°.5 massimo, riaccensione termica a 39°.5: focolaio di bronco polmonite alla base sinistra; successivamente localizzazioni bronco polmonari al lobo superiore sinistro ed inferiore destro con temperature elevate senza che ricompaia acetonuria. Apiressia in 19ª giornata.

CASO VII. — Giovinetto di 15 anni: da 24 ore mal di gola: sonnolenza spiccata: T. 38°.2. Tre giorni avanti gli fu somministrato purgante drastico con evidente beneficio.

E. O.: nessun rilievo all'infuori di spiccata iperestesia; P. 90: R. 22.

Il giorno successivo cefalea frontale, vomito, poi sonnolenza spiccata: movimenti di masticazione: scosse fibrillari muscoli faccia ed arti. Odore di frutta.

Acetonuria: T. 38°.1: P. 114: R. 29.

Alcalini per os: remissione di tutti i sintomi: sfebbramento nelle successive 24 ore: scomparsa acetone. Nessuna complicanza.

CASO VIII. — Bambino di 6 anni, fratello al precedente ammalato.

Si ammala 5 giorni dopo del fratello: ha preso purgante oleoso 24 ore avanti.

Intensa cefalea: vomito insistente poi sopore: tosse scarsa, secca: T. 38°-38°.4: P. 128: R. 34.

Nessun rilievo obbiettivo: *acetonuria*.

La somministrazione di alcalini, i clisteri semplici fanno scomparire ogni disturbo in 48 ore.

NOTE E CONTRIBUTI.

La cura degli empiemi con l'aspirazione ed il drenaggio continui.

per il dott. ETTORE GALLO.

L'angosciosa preoccupazione dei chirurgi, nella cura degli empiemi, per le fistole toraciche consecutive, le quali, soltanto dopo reiterati e sempre più complicati interventi, possono arrivare a guarire definitivamente, hanno, da tempo, fatto nascere una nuova tendenza a curare gli empiemi senza ricorrere all'apertura del torace.

Non vi è da crearsi illusioni sui metodi più o meno radicali di interventi con resezione di una o più coste. Quando il cavo pleurico fistoloso è vasto ed il polmone ha subìto una forte retrazione,

la fistola toracica si dimostra ostinata e persistente, contro qualsiasi radicale intervento e contro qualsiasi abilità e destrezza chirurgica.

Per altro, prescindendo dallo sconforto del povero infermo, che non sempre si trova ben disposto a subire una seconda ed una terza operazione, è anche doloroso che un chirurgo, nell'intraprendere la cura di un empiema, debba cominciare con un intervento semplicissimo, quale può essere una toracotomia con o senza resezione di coste, e debba finire con un intervento di somma importanza chirurgica, quale può essere suggerito dal metodo di Tuffier (riempimento del cavo pleurico con tessuto lipomatoso) o da quello di Delorme (decorticazione del polmone).

I tentativi di cura, fatti con la semplice aspirazione del liquido purulento, seguita da iniezione di liquidi modificatori, se hanno dato risultati poco soddisfacenti, non hanno certamente pregiudicato il risultato dell'intervento, cui si è dovuto ricorrere in seguito. Per modo che non è ingiustificato, nè è opera vana se si cerca di insistere su questo indirizzo terapeutico modificandone e perfezionandone la tecnica.

Il concetto precipuo di queste modificazioni deve essere quello di associare l'aspirazione al drenaggio pleurico, evitando la penetrazione dell'aria nella cavità della pleura e quindi una sfavorevole condizione fisica alla funzione respiratoria.

Indubbiamente la formazione e la persistenza delle fistole toraciche, oltre che dalle condizioni anatomiche della gabbia toracica, a pareti solide, non compressibili, è anche provocata dalla penetrazione dell'aria nella cavità pleurica.

Durante gli atti inspiratorî il torace si dilata, l'aria penetra attraverso la fistola nel cavo pleurale, la pressione endotoracica aumenta ed il polmone, invece di espandersi, si ritrae sempre più in alto. Ne viene di conseguenza che la cavità pleurica, la quale dovrebbe essere ripiena dal polmone, rimanendo vuota, resta trasformata in una cavità ascessuale, che non può essere colmata di granulazioni e che per conseguenza mantiene ostinata la permanenza delle fistole toraciche.

La penetrazione dell'aria, oltre a creare le condizioni più sfavorevoli per le ragioni fisiche accennate, permette la penetrazione di altri germi nella cavità pleurica, per modo che questi si uniscono in simbiosi con quelli già esistenti, mantenendo così sempre vivo e costante il processo infiammatorio della pleura e rendendo difficile la sterilizzazione del cavo pleurico, che è un fattore essenzialissimo per la guarigione definitiva delle fistole.

Le comunicazioni fatte da Revilliod nel 1872, dal Bulau nel 1881, dal Morelli da Iselin e da altri in seguito, fanno rilevare appunto, che il principio fondamentale, sul quale si sono basati i loro metodi di aspirazione e di drenaggio continui, è costituito appunto dall'evitare la penetrazione dell'aria nel cavo pleurico.

Durante la mia modesta pratica professionale, ho avuto agio di potermi compenetrare profondamente di questo concetto fondamentale, per modo che, a titolo di esperimento, in un caso classico di empiema, ho voluto usare una tecnica speciale, che mi ha dato un risultato sorprendente di guarigione assoluta. E' una tecnica semplicissima, alla portata di ogni medico pratico, la quale, almeno come primo tentativo di cura, merita di essere applicata in ogni caso, giacchè lascia sempre al chirurgo il tempo d'intervenire, qualora non si avesse un risultato favorevole. Io mi sono servito di uno strumento speciale, che ho fatto costruire a bella posta. Esso risulta costituito, come un comune trequarti, da una cannula nella quale scorre un mandrino fornito di un manico per l'impugnatura. La cannula porta alla base per 2 cm. circa un giro di vite dalla parte esterna. Proprio alla fine del giro di vite, dove la cannula comincia ad essere liscia, vi è saldata, come l'elsa di un fioretto, una placca ovale, che serve per mantenere fissa la cannula alla parete toracica, quando è penetrata nella cavità della pleura. Al giro di vite su detto si avvita, dopo aver tolto il mandrino, una varoletta che è innestata ad un tubo di gomma a pareti rigide, lungo 15 cm. Questo tubo porta all'altro estremo un raccordo, che può essere di vetro o di metallo, e che serve per metterlo in comunicazione con un altro tubo di gomma più lungo, che pesca in una bottiglia contenente acqua sterile jodata. Quanto più è lungo questo secondo tubo, tanto più agevolmente funziona il sifone e tanto più difficilmente il liquido della bottiglia può essere aspirato nel torace. Bisogna però ben sorvegliare che questo tubo non subisca inginocchiamenti o torsioni. Ecco quale è stata la mia tecnica ed il mio procedimento di cura nel caso accennato di sopra.

Dopo avere tutto sterilizzato con la massima scrupolosità, ho fatto mettere l'infermo seduto sulla sponda del letto, facendolo inclinare, più che era possibile, sul lato sano. Ho sterilizzato ed anestetizzato la parte con la massima accuratezza e subito di un colpo ho introdotto il trequarti fino alla placca nell'8° spazio intercostale destro, sulla ascellare posteriore. Ho fissato al torace la cannula con due striscie di sparadrappo ed immediatamente ho tirato fuori il mandrino ed ho avvitato i tubi, già pronti, alla cannula. Il pus ha incominciato subito a scorrere nella bottiglia, che non ha tardato a riempirsi, per modo che ho dovuto sostituirla con un'altra, già sterilizzata, come la prima. Nel momento della sostituzione della bottiglia ho stretto fra due

dita il tubo per impedire che l'aria penetrasse E così si è fatto in seguito sempre che è stato necessario cambiare la bottiglia. Non appena il pus ha finito di fluire nella bottiglia, ho finito di fissare bene il tre quarti al torace con qualche altra striscia di sparadrappo incrociata e con qualche giro di fascia ed ho fatto accomodare l'ammalato sul letto, in una posizione semiseduta. Ho affidato quindi l'infermo all'assistenza intelligente di una persona di famiglia, raccomandandole di sorvegliare specialmente la funzione del sifone e la posizione del tubo.

Durante i primi due giorni, il trequarti, impiantato fra le coste, ha dato molto fastidio al povero infermo, tanto che ho dovuto ricorrere a qualche iniezione di morfina, ma a poco a poco ogni disturbo si è andato attenuando, fino a scomparire completamente.

Dopo sette giorni di questa continua aspirazione a sifone, la cavità pleurica si era completamente prosciugata. Nella bottiglia non scorreva più pus e la temperatura, che fin dal secondo giorno era scesa quasi di botto, soltanto di sera, si elevava di qualche decimo. All'ottavo giorno non ho ritenuto più necessaria la permanenza del sifone, per modo che ho tolto il secondo tubo, lasciando in situ il primo, attraverso il quale ho cominciato a praticare giornalmente i lavaggi della cavità della pleura con acqua ossigenata allungata con acqua sterile.

I lavaggi venivano fatti con lo aspiratore di Potin; iniettando prima ed aspirando dopo non più di due o trecento grammi di liquido. Alla fine di ogni lavaggio chiudevo il tubo con una pinza per modo che l'aria non penetrava nel torace.

Al ventesimo giorno l'acqua del lavaggio veniva fuori limpida come veniva iniettata, anche la febbre serotina scomparve e l'ammalato cominciò ad alzarsi sentendosi bene in forza. Al venticinquesimo giorno ho tolto il trequarti ed ho applicato una striscia di sparadrappo.

Questa medicatura semplice allo sparadrappo è stata ripetuta in giorni alterni per quattro volte. L'ultima volta ho trovato la ferita perfettamente guarita. In corrispondenza dell'emitorace destro, alla percussione si sentiva una leggera ipofonesi, all'ascoltazione il mormorio vescicolare un po' indebolito, alla palpazione il fremito vocale tattile lievemente attenuato, rispetto a quello dell'altro lato. L'ammalato non ha avuto più alcun disturbo e sta tuttora benissimo. Senza dubbio il decorso della malattia del mio infermo è stato assolutamente ideale ed il risultato meraviglioso avuto col metodo di cura, sopra descritto, se è stato per me di un lusinghiero effetto e di un grande incoraggiamento, non ha potuto certamente crearmi vane illusioni.

Sono perciò ben lungi dal ritenere che, con questa mia tecnica, io abbia risoluto uno dei più difficili problemi della terapia degli empiemi; ma non posso fare a meno di affermare ancora una volta e con la più salda convinzione, che, come tentativo di cura, sia un metodo da sperimentare in ogni caso, sia per la sua semplicità e sia per la innocuità della sua applicazione.

Comprendo benissimo che non sempre si può avere un risultato finale favorevole, ma il chirurgo è sempre in tempo di intervenire con un metodo più radicale, qualora ogni tentativo di semplice aspirazione e drenaggio riuscisse vano.

Cosenza, 21 gennaio 1920.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso singolare d'encefalite letargica a forma di paralisi alterna tipo Millard-Gubler

per il dott. EUGENIO BANDIERA.

In tempo di epidemia si osservano svariate forme morbose che, per quanto notevolmente diverse fra loro, presentano tuttavia alcuni caratteri che permettono il loro ravvicinamento ai tipi classici. Voglio qui riferire un caso — che mi sembra interessante e raro — occorsomi nella mia pratica privata e che per alcuni fatti importanti può collegarsi con quella forma speciale di encefalite a tipo letargico di cui si è parlato molto in Italia e fuori. Nello studio di questo caso mi ha aiutato moltissimo il chiarissimo Prof. C. Minerbi di Ferrara.

L'ammalata è certa B... D... di anni 70, di Villanora (Ferrara). È stata sempre sanissima fino al giorno 18 dicembre 1919, giorno in cui mentre attendeva alle sue abituali faccende di casa fu presa da capogiro, che si ripetè due o tre volte ad intervalli di circa un'ora, e da conati di vomito con emissione di un po' di sostanza acquosa. Tutto quel giorno ebbe forte malessere. La notte si svegliò fra profuso sudore, con sensazioni alternate di caldo e di freddo, cui si aggiunsero senso di tedio in gola, come di gonfiezza, senza dolore vero e proprio, impossibilità di deglutire, agitazione, senso di formicolio all'arto superiore destro, al padiglione dell'orechio destro, alla metà destra della faccia, all'arto superiore destro; lievi dolori retro-cervicali. Susseguentemente una certa difficoltà di parlare (disartria) determinata, secondo la paziente, specialmente da quel senso di stringimento che provava in gola. Fu constatato un lieve elevamento febbrile, qualche ammiccamento degli occhi, singhiozzo, scolo nasale muco purulento ed escreato abbondante pure muco purulento. Data la completa impossibilità di

deglutire, si dovette, per alimentarla, ricorrere alla sondatura esofagea. La psiche si manteneva integra e solo si notava una lieve alterazione . suo naturale buon umore.

Obbiettivamente, però, nei primi due giorni non erano rilevabili fenomeni importanti a carico dei nervi cranici e della riflessione. Anche i disturbi che l'inferma accusava agli arti non erano obbiettivamente aprezzabili. Non fu trovato mai nulla di speciale a carico del cuore e dell'apparato respiratorio. In primo tempo stitichezza.

Verso il 4°-5° giorno si incominciarono a notare dei fenomeni evidentemente *irritativi*: miosi, rigidità della pupilla destra, strabismo divergente destro, non nistagmo, tratto tratto diplopia, mentre persisteva immutato lo spasmo dell'esofago. Non si riscontrò mai a destra enoftalmo, nè restringimento della rima palpebrale, ciò che escludeva la irritazione del simpatico. Si riscontravano, d'altra parte, dei fatti *paralitici*: paresi sopranucleare del facciale sinistro (tanto del superiore che dell'inferiore), paresi motoria di tutti i muscoli dell'arto superiore destro senza notabili alterazioni della eccitabilità elettrica, nè faradica, nè galvanica, atassia cospicua dell'arto inferiore destro per cui l'ammalata nella deambulazione penzolava verso destra e perdeva l'equilibrio, atassia spinale dell'arto inferiore sinistro. Non vi erano, d'altra parte, nè dismetria cerebellare, nè adiodo cocinesia, nè Romberg, nè Babinsky, nè abolizione della sensibilità. Normali i riflessi patellari, achillei, tricipitali, mediotarsali. La lingua veniva sporta diritta.

I fatti di paralisi alterna localizzavano indubbiamente la lesione alla metà sinistra del ponte di Varolio; specialmente interessate erano la zona radicolare del 7° di sinistra e la regione del *fasciculus cerebellaris ventralis* (o fascio di Gowers) e dell'oliva bulbare (Mingazzini). Quanto ai fatti irritativi a carico del 3° e del 4° paio di destra e della porzione motrice del vago, essi si potevano interpretare come fenomeni di stimolazione « de voisinage » per parte del *fasciculus longitudinalis* posteriore destro in addietro, del *nucleus ambiguus* in basso.

Questo sembrava quanto si poteva inferire per rispetto alla sede: restava la diagnosi di natura. Si pensò alla paralisi difterica, benchè tale concetto fosse poco attendibile per la mancanza di paralisi del velo pendolo; ma l'assenza di antecedenti infettivi, l'inizio della malattia, l'età della paziente avrebbero fatto propendere il concetto diagnostico nel senso di un rammollimento per trombosi di una delle arteriole trasversali sinistre, nate dalla basilare, se non vi fossero stati i fenomeni di irritazione bulbare del lato destro.

La diagnosi di paralisi bulbare stava perfettamente; quella di natura però rimaneva sempre dubbia. Si trattava certo di una lesione organica. Dopo qualche settimana il presentarsi di non pochi casi di encefalite letargica illuminò completamente la diagnosi. I fenomeni morbosi sia di irritazione faringo-esofagea, sia di irritazione a carico dello sfintere irideo e del muscolo retto esterno di destra, i fenomeni dolorosi del lato destro, furono primi ad emendarsi.

I fenomeni più ostinati furono l'atassia dell'arto inferiore sinistro e la impossibiltà di mantenere la posizione eretta anche ad occhi aperti allorchè l'ammalata non veniva sorretta.

Ora è perfettamente guarita ed ha ripresa tutta la sua esuberanza di mimica e di vivacità.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La diagnosi clinica delle alterazioni dell'aorta.

G. HUBERT. *Münch. Med. Wochenschrift.*, n. 50, 1919).

Le più diverse affezioni dell'aorta, frequenti specialmente negli individui di media età e vecchi dànno spesso luogo a sintomi obbiettivi identici; perciò la diagnosi non si può mai basare sull'osservazione di un unico sintomo; essa va fatta prendendo in considerazione tutto il quadro morboso.

Le alterazioni dell'aorta si riconoscono in base alla percussione, all'ascoltazione e all'esame röntgenologico.

1. *Percussione.* — Deve essere molto leggera. Essa tende a stabilire la presenza di un'ottusità sul terzo medio dello sterno. Il suono di questa regione va sempre confrontato con quello del terzo superiore dello sterno onde non prendere per ottusità patologica la riduzione di suono dovuta allo spessore dell'osso.

La constatazione di una zona ottusa, la quale oltrepassi bilateralmente i margini dello sterno estendendosi in continuità (carattere che la distingue dall'ottusità da struma retrosternale) a forma di nastro dall'ottusità cardiaca verso il giugulo, indica la presenza di una dilatazione dell'aorta.

Soltanto le dilatazioni notevoli a carico dell'aorta ascendente provocano una riduzione di suono al disopra dello sterno.

In tutti gli altri casi l'ectasia aortica sfugge alla constatazione percussoria. Però può sfuggire a tale constatazione anche una notevole dilatazione dell'aorta ascendente se ad essa si sovrappongono margini polmonari enfisematosi; l'enfisema polmonare accompagna frequentemente le

alterazioni dell'aorta, essendo ambedue le affezioni frequenti nell'età avanzata.

L'ingrandimeno dell'ottusità aortica può dipendere da una dilatazione del vaso in seguito a sclerosi, a lues, ad insufficienza aortica o da un'aneurisma. L'ottusità circoscritta degli aneurismi si distingue da quella dei tumori mediastinici e delle adeniti ilari per la pulsazione visibile e palpabile della zona ottusa; la diagnosi sicura però non è possibile in base al solo reperto percussorio. L'insufficienza aortica di origine luetica a differenza da quella endocarditica produce un'ectasia dell'aorta e si può quindi diagnosticare, se l'ingrandimento dell'ottusità aortica accompagna gli altri sintomi dell'insufficienza valvolare.

2. *Ascoltazione.* — L'ascoltazione può rivelare il rinforzo rispettivamentte il carattere vibrante del 2° tono aortico, la presenza di un soffio sistolico o quella di un soffio diastolico.

Il rinforzo del 2° tono aortico può dipendere da 3 ordini di fattori:

1° Aumento delle resistenze periferiche alla circolazione del sangue. In tal caso il rinforzo del 2° tono è accompagnato da una ipertrofia del ventricolo sinistro, e da un aumento della pressione sanguigna. Questo complesso sintomatico è caratteristico dell'induramento renale in seguito a sclerosi o a glomerulonefrite cronica ed è importantissimo per la diagnosi della nefropatia, che in tale stadio può non rivelarsi nè con presenza di albumina nè con quella di elementi patologici nell'urina;

2° In malati a sistema nervoso labile l'accentuazione del 2° tono aortico può apparire transitoriamente, accompagnato da un aumento pure transitorio della pressione sanguigna. Per diagnosticare questa forma sono necessari più esami consecutivi;

3° Le affezioni delle pareti aortiche sono la causa più frequente del rinforzo del 2° tono aortico che è spesso il sintomo più precoce della sclerosi e della lue dell'aorta toracica. Il rinforzo del tono non si accompagna come nel 1° gruppo, ad ipertrofia del ventricolo sinistro.

Non si conosce il meccanismo per il quale un'alterazione della parete vasale produce un rinforzo del 2° tono aortico.

Un soffio sistolico ascoltabile sull'aorta può indicare alterazioni diverse:

a) può essere un rumore accidentale. In tal caso esso si può ascoltare su tutti i focolai, specialmente su quello della polmonare e non si accompagna a rinforzo del 2° tono aortico;

b) può indicare una stenosi dell'orificio aortico. La diagnosi di stenosi aortica è giustificata solo se il 2° tono è indebolito o mancante, il ventricolo sinistro ipertrofico, il polso raro e tardo;

c) di solito il soffio sistolico indica un'alterazione della parete dell'aorta toracica. In tal caso esso è sempre accompagnato dal rinforzo del 2° tono aortico. Le lesioni della parete vasale possono essere sclerotiche o luetiche;

d) nel morbo di Basedow si può ascoltare sull'aorta un soffio sistolico che può anche essere accompagnato dal rinforso del 2° tono, senza che sieno in alcun modo alterate nè le valvole nè la parete vasale. In questi casi è impossibile stabilire se l'ammalato di Basedow sia contemporaneamente, affetto da un'affezione della parete aortica. Il reperto röntgenologico non basta ad escludere l'ultima ipotesi. Un soffio diastolico indica la presenza di un'insufficenza aortica. Questo vizio si potrà diagnosticare in base alle alterazioni del polso e delle arterie periferiche, anche in quei casi nei quali il soffio diastolico manchi.

3. *Esame rontgenologico.* — L'esame rontgenologico può rivelare una dilatazione dell'aorta, un'anormalità nelle sue pulsazioni, o un'abnorme intensità dell'ombra aortica sullo schermo.

Per dimostrare una dilatazione dell'aorta o un piccolo aneurisma è necessario l'esame nei più diversi diametri. Coll'esame radioscopico si riconosce esattamente la sede della dilatazione o dell'aneurisma e si possono diagnosticare precocemente queste alterazioni.

Il tratto dilatato od aneurismatico presenta negli stadi precoci un rinforzo (distruzione del tessuto elastico), negli stadi avanzati un indebolimento delle pulsazioni (formazione di tessuto connettivo). La pulsazione distingue l'alterazione vasale da tumori mediastinici e da adeniti ilari specifiche. Negli aneurismi nei quali si formino dei trombi abbondanti può però mancare la pulsazione.

La trasformazione fibrosa dell'intima e della media che ha luogo nella sclerosi, alle quali si aggiunge anche quello dell'adventitia nella lues, rendono l'aorta meno permeabile ai raggi e ne intensificano quindi l'ombra sullo schermo.

POLLITZER.

L'uabaina in terapia cardiaca.

(A. LENCLOS. *Le Scalpel*, n. 5, 31 gennaio 1920).

Vaquez, Lutembacher e altri autori hanno applicato in terapia cardiaca e dimostrato il valore di un nuovo glucoside, l'uabaina Arnaud, prodotto stabile, di una tossicità ben definita e di una perfetta cristallizzazione. Hanno concluso in linea generale che si deve ricorrere di preferenza all'uabaina invece che alla digitale nei casi, in cui l'insufficienza cardiaca è legata alla perdita di tonicità del miocardio, vale a dire nella dilazione acuta del cuore e nella dilatazione progressiva, ribelle agli altri medicamenti. Più parti-

colarmente l'uso dell'uabaina s'impone nelle seguenti circostanze:

1° Nei casi d'insufficienza acuta del cuore, che colpisce specialmente le cavità destre e che si accompagna con accessi di angina di petto durante il decubito o con accessi di edema polmonare, ove dopo un salasso di 400-500 cmc. un iniezione di 1/2 mmgr. d'uabaina, ripetuta ogni 24 ore per due o tre giorni, produce un miglioramento notevole, talvolta anche poche ore dopo la prima iniezione.

Il primo effetto dell'uabaina è per solito quello di rialzare la pressione arteriosa; la diuresi aumenta, i battiti cardiaci si allentano, il ritmo cardiaco ritorna regolare, scompaiono le estrasistoli, il ritmo di galoppo, i soffi d'insuficienza funzionale, si ha diminuzione del volume del cuore. Se questi accidenti non scompaiono nei primi giorni, ovvero si riproducono dopo un miglioramento passeggiero, è indicato di praticare una nuova cura d'iniezioni simile alla prima a otto-dieci giorni di distanza;

2° Nei casi di dilatazione acuta delle cavità destre in seguito a lavori prolungati o a sforzi intempestivi in soggetti mitralici, e specialmente nelle donne in gravidanza o in puerperio;

3° Nei casi d'insufficienza cardiaca progressiva in pazienti affetti da cardiopatie valvolari, da miocardite sub-acuta, da sinfisi pericardica e nei quali sia stata inefficace la cura digitalica. Spesso l'uabaina produce notevoli risultati. Se però neppure essa agisce favorevolmente, si può ricorrere nuovamente a dosi forti di digitale, la quale mentre prima era stata inattiva, riprende, subito dopo l'uso dell'uabaina, tutta la sua primitiva efficacia; azione espressa da Vaquez e Lutembacher nel modo seguente: « l'uabaina ristabilisce prima la tossicità del miocardio, favorendo così l'azione ulteriore della digitale sul potere cronotropo e sulla conducibilità intracardiaca;

4° Nei vizi della mitrale, specialmente nella stenosi, con dolore diffuso alla spalla e accompagnato da accessi di tachicardia parossistica;

5° Nelle lesioni mitraliche, quando insieme con fenomeni d'insufficienza cardiaca coesista un rallentamento periodico del polso, probabilmente in rapporto a lesione del fascio di His.

L'uabaina è invece controindicata:

1° Nella cachessia cardiaca avanzata con edemi generalizzati, con versamenti pleurici e peritoneale e con complicazioni infiammatorie dei polmoni;

2° Quando esistano lesioni organiche croniche gravi dei reni;

3° Quando un'endocardite infettiva secondaria sub-acuta insorge durante una cardiopatia valvolare.

La via di somministrazione migliore dell'uabaina è quella endovenosa (l'iniezione intramuscolare è dolorosa, e l'ingestione si accompagna a fenomeni d'intolleranza).

La dose utile è di 1/2 mmgr. in soluzione di un cmc. d'acqua. Le iniezioni successive alla stessa dose sogliono praticarsi ogni 24 ore per 2-3-4 giorni secondo il bisogno. Fra due serie di iniezioni di uabaina è bene vi sia un intervallo di otto, dieci giorni.

CESETTI.

CHIRURGIA.

Riuscita asportazione di un tumore del plesso coroideo dal ventricolo laterale del cervello.

(PERTHES. *Münch. Med. Woch.*, 20 giugno 1919).

I tumori del plesso corioideo, piuttosto rari, sono descritti dai diversi AA. coi nomi più vari: tumori cistici, sarcomi, psammomi, ecc. L'A. ritiene essi siano tutti dei sarcomi di origine endoteliare. Fra i tumori cerebrali, questi del plesso coroideo sono i più facilmente asportabili con successo: delimitati dal tessuto vicino, rimangono circoscritti, non hanno carattere infiltrante, e si possono asportare *in toto* con facilità. Più che veri tumori cerebrali essi si devono considerare come tumori degli involucri, di cui i plessi coroidei non sono che la continuazione.

Nel caso descritto dall'A., il malato, un uomo di 40 anni, soffriva da un anno di cefalea prevalente alla regione parietale di destra, vertigine, indebolimento della memoria e della capacità visiva. Obbiettivamente, l'ammalato presentava una lieve paresi del facciale di sinistra, del resto la motilità era integra. I riflessi tendinei erano leggermente esagerati negli arti di sinistra. Il tronco era tenuto costantemente flesso verso destra. L'andatura era a tipo cerebellare. Dati importanti furono forniti dall'esame dell'occhio: in tutti e due gli occhi papilla da stasi ed emianopsia omonima destra. Il campo visivo dell'occhio sinistro era notevolmente ridotto anche nella sua metà sinistra. Quindici giorni dopo tale esame, l'occhio sinistro era completamente cieco, il malato fu inviato alla clinica chirurgica, colla diagnosi di tumore cerebrale; lemianopsia destra ne indicava la sede propabile nel lobo occipitale di sinistra. I sintomi cerebellari si attribuirono a compressione del cervelletto dall'alto;

Praticata l'anestesia locale, venne aperta la fossa cranica posteriore, un po' a sinistra dalla linea mediana. Allontanato un quadrato di osso, ed incisa la dura fortemente tesa, si vide apparire una massa bernoccoluta, di colore giallo-bruno, ben delimitata dal tessuto circostante. Con una spatola si potè facilmente sollevare il tumore arrivando così in un'ampia cavità: il corno posteriore, fortemente

dilatato, del ventricolo laterale. Il tumore enucleato facilmente con un cucchiaio, si mostrò peduncolato: il peduncolo, che aveva l'aspetto della tela coroidea normale, fu sezionato dopo esser stato legato. La dura fu suturata col catgut, lasciando intatta la cavità ventricolare contenente aria.

Il malato non ebbe alcun disturbo in seguito a tale atto operativo; migliorò sensibilmente, così da poter essere dimesso dopo 4 settimane. Cefalea, vertigine, andatura cerebellare erano scomparse. Nell'occhio sinistro la capacità visiva si era reintegrata nel quadrante superiore sinistro. Il campo visivo dell'occhio destro si era allargato notevolmente nel quadrante superiore destro. Tali condidizioni visive si sono in seguito mantenute stazionarie. Il tumore asportato, della massa di 6: 4: 3: cm., aveva struttura papillare e superficie a cavolfiore. La diagnosi microscopica fu quella di sarcoma molto ricco di cellule. Evidentemente si era originato dal plesso coroideo, aveva dilatato il ventricolo, poi assottigliata la sostanza cereblare sovrastante, ed infine l'aveva forata, arrivando alla dura. È dunque possibile, senza danno del malato, aprire il ventricolo laterale; ciò si dovrebbe anche fare talvolta a scopo esplorativo; ove fondatamente si sospetti la presenza di un tumore intraventricolare.

pol.

ACCADEMIE E SOCIETÀ MEDICHE

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 24 febbraio
presidente: prof. V. PUTTI

Segni obbiettivi di lesione organica dei centri nervosi nella commozione cerebrale.

V. NERI libero ducente e direttore della Villa Baruzziana per malati nervosi, presenta alcuni casi di commozione cerebrale, che sembrerebbero di neurosi traumatiche e perciò tali da generare il sospetto di simulazione. Invece un esame più idoneo e delicato rivela segni indubbi di lesione nervosa, che sfuggono ad una ricerca obbiettiva comune. E' necessario mettere in evidenza delle eventuali *perturbazioni minime delle vie piramidali*. Ciò s'ottiene esaltando l'automatismo midollare mediante la galvanizzazione del midollo, da cui si hanno risposte caratteristiche. La tecnica dell'esame elettrico varia per gli arti superiori da quella per gl'inferiori.

Per i primi ad esempio, l'anode è applicato al dorso, il catode comunica con un recipiente d'acqua tiepida nel quale stanno immerse le mani del paziente, completamente rilasciate. Mentre nel sano le dita si flettono quando l'intensità della corrente arriva ad un certo grado, nei commmozionati invece subentra, a una leggera flessione, una estensione delle prime falangi dell'anulare, del medio e dell'indice. Questi ed altri reperti, che il disserente dimostra, significano perturbazioni delle vie piramidali, e sono stati constatati con una frequenza impressionante in commozionati di guerra, già stati dimessi o come guariti o come nevropatici.

Per cui essi sono invece da considerarsi come veri malati organici e come tali essere anche considerati dal lato medico-legale.

Il disserente riferisce anche su esperienze che ha fatto in cani, dai quali risalta ancora la estrema sensibilità dell'esame elettrico per la ricerca delle più tenui lesioni del primo neurone motore.

Perturbazione della vertigine galvanica nelle lesioni del simpatico cervicale.

V. NERI. — Queste perturbazioni sono la caduta del corpo in avanti o all'indietro e rotazione del capo e del tronco.

Attestano una alterazione del labirinto posteriore, e possono stare in rapporto colle turbe circolatorie prodotte da lesioni del simpatico. Presenta dei feriti e li esamina.

La elioterapia nella tubercolosi polmonare.

A. MUGGIA. — Premessi brevissimi cenni storici e bibliografici, riferisce sulle modalità e sugli esiti di questa cura, da esso applicata a 130 infermi dell'Istituto climatico della C. R. I. in Bergeggi, per un periodo di circa cinque mesi. In 110 la forma polmonare era al 1° e 2° stadio.

Gli altri casi erano rappresentati da forme chirurgiche o sierose o miste. Ottenne 100 miglioramenti e nessun peggioramento nei casi polmonari, e 16 miglioramenti tipici negli altri. Ebbe ancora alcuni inconvenienti, che descrive e che imputa a speciale sensibilità dei soggetti. Devesi considerare la elioterapia come uno dei buoni presidi nella cura della tubercolosi polmonare, scevro di pericoli, facilmente applicabile.

Alcune modificazioni al metodo Ruggi per la cura della nefroptosi.

E. GUASONI. — Si riferisce alla ultima memoria dell'illustre clinico comunicata alla R. Accademia di Bologna il 16 novembre 1913 ,e ne riassume il metodo completo, passando poi ai rilievi che lo hanno condotto alle modificazioni che ora rende note. Il dsserente, libero docente a Modena e chirurgo a Matelica, passa poi a descrivere il suo metodo, i cui momenti principali sono i seguenti. Formazione di quattro lembi, invece di due, dalla capsula fibrosa del rene, due superiori e due inferiori che vengono a costi-

tuire altrettanti legamenti-fissazione dei due lembi superiori alla 12ª costa o sopra di essa, dell'inferiore anteriore alla fascia di Inikerkandl e all'aponeurosi prerenale, dell'infezione posteriore al muscolo quadrato dei lombi, creandovi una specie di bottoniera. Il disserente descrive i particolari della fissazione di ogni lembo, e specialmente di quelli inferiori coi quali evita la pratca del Ruggi, quella cioè di attraversare il polo inferiore del rene con filo, e così mantiene la integrità del parenchima renale. Fa osservare poi che non leva i lembi alla loro base, ma che il filo lo passava fulzetta nel senso della loro lunghezza, evitando così a necrosi; e mette ancora in rilievo che procura che tra foglietto interno della capsula e la superficie denudata del rene vengano ad interporsi i tessuti vicini, muscoli e aponeurosi, coi quali il viscere contrarrà tenaci aderenze.

Queste aderenze assicurano maggiormente la stabilità del viscere, già fissato alla dodicesima costa e al quadrato dei lombi. I suoi casi, operati con questo metodo e controllati a distanza di almeno cinque anni, gli hanno dato la convinzione della bontà del metodo rispetto agli altri, circa il grado della probabilità di recidiva.

L'apparato reticolare interno del Golgi nelle cellule dell'epitelio intestinale di mammifero.

A. CORTI. — Il disserente, aiuto e docente di anatomia comparata, riferisce i suoi risultati istologici mostrando numerose microfotografie. L'argomento di grande interesse per i problemi biologici della vita cellulare e anche delle funzioni dei tessuti, non può qui essere convenientemente riassunto.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

R. Accademia delle Scienze Mediche in Palermo.

Seduta del 31 gennaio 1920.

Cloronarcosi e funzione surrenale.

A. PITINI. — Da ricerche sperimentali risulta all'O. che la cloronarcosi diminuisce il contenuto delle capsule surrenali in adrenalina.

Durante la cloronarcosi si determina uno spossamento del sistema cromaffine.

Nella narcosi cloroformica la pressione sanguigna si abbassa e i vasi sanguigni periferici si dilatano, mentre che durante la prima fase di azione del cloroformio si avvera il contrario.

In questa prima fase il sistema cromaffine versa così abbondantemente nel sangue la sostanza tonificante da annullare l'effetto del cloroformio ed elevare la pressione sanguigna. In seguito a questo consumo il sistema cromaffine si spossa fornendo poi all'organismo soltanto quella piccola quantità di sostanza che impedisce un eccessivo abbassemento della pressione sanguigna.

Si propone la somministrazione preventiva di adrenalina, per via endomuscolare, come assai utile nell'anestesia cloroformica, poichè abolisce il periodo di eccitazione cloroformica, rende assai più pronta e più duratura l'anestesia con dosi alquanto minori di cloroformio, impedisce un notevole abbassamento della pressione sanguigna, evita i danni dipendenti dal difetto funzionale del sistema cromaffine.

Azione dell'antipirina sulla cellula epatica.

A. PITINI. — Servendosi dei mezzi di tecnica istologica più recenti l'O. studia le fini alterazioni della cellula epatica sotto l'azione dell'antipirina.

Dalle alterazioni riscontrate si conclude che l'antipirina determina un abbassamento delle attività biologiche della cellula epatica.

Oltrechè per l'intermedio del sistema nervoso l'antipirina può ammettersi che agisca nel diabete per azione diretta sulla cellula epatica.

E però può giovare nel diabete da iperepatismo moderando l'esagerazione funzionale dell'organo mentre aggraverà il disturbo morboso nei casi di diabete da insufficienza epatica.

Sulla curva di contrattura da caffeina dei muscoli normali ed in degenerazione grassa.

A. AMATO. — Con queste ricerche l'O. ha minutamente studiata la curva di contrattura dei muscoli normali ed in degenerazione grassa immersi in soluzioni di caffeina in liquido di Ringer e di titolo diverso.

Dai suoi esperimenti risulta che i muscoli in degenerazione grassa in presenza di soluzioni di caffeina entrano più rapidamente e facilmente in contrattura che non i muscoli normali.

Non è però possibile, almeno per il momento, dare una precisa spiegazione delle cause che determinano tale più facile contrattura nei muscoli in degenerazione grassa.

Ricerche sul potere osmotico dei muscoli normali ed in degenerazione grassa.

A. AMATO. — L'O. ha studiato il comportamento dei fenomeni di imbibizione in soluzioni ipotoniche nei muscoli normali ed in degenerazione grassa a temperature diverse.

L'O. valutando i fatti osservati nei vari gruppi di sperimenti ammette che il processo completo si compone manifestamente di due fenomeni concomitanti attribuibili a cause completamente diverse.

Questi fenomeni sono:

a) Un aumento di peso evidentemente dovuto

a penetrazione di acqua dall'esterno all'interno regolata fondamentalmente dalle note leggi dei fenomeni osmotici;

b) Una consecutiva perdita di peso dovuta al passaggio dal muscolo nel liquido ambiente non solo di acqua e di sali, ma anche di sostanze proteiche e ciò a causa di una modificazione fisico-chimica della membrana.

Considerazioni sopra alcuni casi di eosinofilia pleurica.

G. DONZELLO. — L'O. avendo sottoposto ad esame citoscopico quasi tutti i versamenti pleurici degli ammalati di pleurite capitati nel suo reparto, in questi ultimi anni, ha avuto occasione di osservare sei casi di eosinofilia pleurica, che ha sottoposto a speciale studio, mettendo anche in rapporto le proprie osservazioni con quelle degli altri autori, che, dopo Widal e Ravaut, che per i primi misero in evidenza l'eosinofilia pleurica, se ne sono anche occupati.

In base alle sue osservazioni e tenendo in conto tutto quanto è noto fino ad oggi sugli eosinofili in generale e sulle eosinofilie in particolare egli arriva alle seguenti conclusioni:

L'esame citodiagnostico degli essudati pleurici ha messo in evidenza un tipo speciale di pleurite (pleurite eosinofila) che non si può ritenere di natura tubercolare, perchè si è riscontrata nei processi pleurici i più diversi.

Il tipo di eosinofili che suole trovarsi in queste pleuriti è il polinucleato, solo raramente si sono riscontrati dei mielociti.

L'eosinofilia pleurica non è di regola accompagnata da eosinofilia sanguigna, però assai spesso le pleuriti eosinofile sono emorragiche, avendo riscontrato in due delle osservazioni proprie (come è stato notato anche da qualche altro autore) che il numero dei globuli rossi contenuti nell'essudato con eosinofili, ha superato i 4000, limite stabilito da Dieulafoy per potere considerare come emorragico un essudato siero-fibrinoso.

L'essudato di questa speciale forma pleurica si è dimostrato, inoculato nelle cavie, fortemente tossico.

La formula citologica di queste pleuriti è variabile, mista e complessa e si va semplificando coll'aumento dei linfotici.

L'eosinofilia pleurica non ha nessuna correlazione col decorso della febbre, perchè questa reazione leucocitaria si è trovata sia in processi pleuritici accompagnati da forte rialzo febbrile, sia in casi in cui la pleurite si è svolta con temperatura quasi normale.

L'eosinofilia pleurica, secondo le osservazioni degli AA., darebbe ragione all'ipotesi dell'Ehrlich sulla provenienza degli eosinofili dal midollo osseo, infatti la presenza di qualche meliocita negli essudati pleurici studiati dagli AA. (mielotici che, come è noto, esistono soltanto nel midollo osseo) starebbe a dimostrare che lo stimolo determinato dalla sierosa pleurica, sia diretto al midollo osseo, da dove accorrerebbe cogli eosinofili anche qualche mielocita.

L'eosinofilia pleurica confermerebbe, secondo l'O., l'ipotesi secondo la quale viene ammesso che gli eosinofili siano attratti in una determinata regione dell'organismo, sia per l'azione di sostanze tossiche, sia per dei prodotti di disintegrazione cellulare e dipenderebbe da infezione attenuata e da intossicazione.

Nell'evoluzione di queste pleuriti la fase eosinofila sarebbe intermedia a quella di polinucleosi e di linfocitosi.

Le osservazioni dell'O. confermerebbero gli esperimenti di Weiberg e Seguier, in base ai quali gli eosinofili avrebbero l'azione di neutralizzare certi veleni e di fagocitare e digerire certi detriti.

Sulla pretesa influenza della menopausa sui fibromi uterini.

F. MONTUORO. — L'O. basandosi sulla statistica personale dei casi occorsi al proprio istituto da lui operati, come di altri casi operati nello stesso istituto dal prof. Ciulla e dal prof. Piazza-Taormina, viene alle conclusioni seguenti:

1° La menopausa esercita un'azione o negativa o addirittura malefica sui fibromiomi a decorso normale (rapido accrescimento, metrorragié e menorragie, compressioni di organi vicini, fatti degenerativi, ecc.).

2° I fibromiomi esercitano un'influenza perniciosa sulla menopausa ritardando costantemente, fino ad età avanzata (55-60 anni), la cessazione delle regole.

3° Le statistiche operatorie dimostrano, nella maniera più chiara, che il maggior numero delle operazioni riguarda donne dai 40 ai 50 anni.

4° Le operazioni, che *i ginecologici moderni eseguono solamente nei casi con indicazione assoluta,* hanno una percentuale bassissima di mortalità, di gran lunga inferiore a quella, che si verifica nelle donne fibromiomatose non operate.

5° Il consiglio risoluto di un tempestivo intervento — dato dopo una doverosa cura medica — s'ispira ai più severi dettami della scienza.

CIULLA.

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 30 gennaio 1920.

Sull'encefalite epidemica.

Prof. L. ZOIA. — L'O. riferisce la sintomatologia e il decorso dei vari sintomi nei 15 casi finora osservati nella Clinica Medica, mettendo in evidenza il fatto notevole clinicamente che nella

maggioranza grande dei casi non si ebbe il quadro classico della encefalite letargica, che ne giustifica il nome. In genere la malattia si inizia con fenomeni di eccitazione psico-motoria e psichica, con logorrea, con insonnia persistente e a volte con algie di una straordinaria intensità e della più varia sede. Rapidamente si dilegua la maggior parte di questi fatti, la temperatura si innalza e in un certo numero di casi si ha un sopore più o meno notevole. Frequente è la diplopia, non persistente a volte; notevole è la regressione completa di alcuni dei fenomeni anche più gravi. Ma il fatto che colpisce maggiormente è la presenza a volte precoce a volte un po' più tardiva di clonie localizzate a un gruppo muscolare e a un muscolo e anche a un ventre, di un retto addominale p. e., oppure estese più o meno largamente. Non ne sono risparmiati i muscoli mimici, il diaframma. La scossa clonica è spesso ritmica: può essere frequentissima, prsino di 120 al minuto, o più rara; in certi casi col progresso del tempo si fa meno frequente fino a presentarsi 5-6 volte al minuto. A volte il ritmo è regolare a volte è irregolare. La contrazione è spesso brusca, così da somigliare alla scossa determinata dall'eccitazione elettrica. Insieme a queste clonie si possono avere movimenti coreici, si possono avere contrazioni fascicolari e fibrillari e tremore.

Pur con queste differenze è a ritenere che i casi osservati appartengano alla stessa forma encefalitica, probabilmente a sede alquanto diversa.

È a chiedersi se la corea elettrica del Dubini non abbia eventualmente rapporti con questa forma a scosse cloniche. È invero da rilevare la somiglianza della qualità della contrazione clonica e di altri fenomeni con quelli descritta nella corea elettrica, pur riconoscendo le differenze che ciascuno può ricordare.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA

Poliomelite acuta dell'adulto ad inizio brusco con grave amiotrofia dell'arto superiore.

Pierre Marie e André Léri (*Bulletin de la Soc. Méd. de Paris*, 1919-3) descrivono un caso mostrante l'aspetto di una paralisi del plesso brachiale superiore destro, mentre si tratta di un'affezione del tutto differente.

B., 27 anni, militare, nel mentre sta per discendere dal treno si accorge di non poter usare il braccio destro. Alcuni giorni dopo compaiono vivi dolori spontanei nello stesso braccio e perdurano 4-5 settimane. Otto giorni dopo nota una debolezza nell'arto inferiore destro.

In circa 6 settimane la mano acquista i movimenti mentre persiste la paralisi del braccio il quale si è rapidamente atrofizzato.

All'es. ob. presenta l'aspetto tipico di una paralisi del plesso brachiale superiore con grave atrofia quale può constatarsi nelle lesioni a livello del punto di Erb.

Il deltoide non è rappresentato che da alcuni fascetti; brachiale anteriore, tricipite estremamente ridotti di volume: la circonferenza del braccio è minore nel terzo medio di 7 cm., quella dell'avambraccio al terzo superiore di 4 cm.

L'avvicinamento del braccio, la rotazione si fanno a stento, incompleta la flessione e l'estensione dell'avambraccio.

Aboliti i riflessi tendinei. Lieve ipoestesia alla puntura nell'insieme dell'arto superiore destro.

R. D. del deltoide, bicipite, brachiale anteriore, lungo supinatore, parziale R. D. del tricipite.

Tutto ciò fa pensare ad una tipica paralisi radicolare superiore del plesso brachiale; ma si constata anche:

nell'arto superiore d. delle contrazioni fibrillari;

nell'arto inferiore d. i reliquati di una paresi amiotrofica.

Tolta l'ipotesi di una sede cerebrale e periferica (per la presenza di contrazioni fibrillari) bisogna ammettere una lesione midollare delle corna anteriori.

Esclusa una ematomielia spontanea, per la unilateralità dei fenomeni, per la mancanza di disturbi della sensibilità, per l'assenza di spasmi piramidali dobbiamo giungere, malgrado l'inizio brusco e l'assenza di febbre, alla *poliomielite acuta*, malattia più volte constatata durante la guerra e giudicare essere il caso descritto appartenente alla poliomielite acuta sebbene di apparenza anomalo.

MONTELEONE.

I sintomi della sezione totale del midollo spinale.

Camus (*Paris médical*, 1919, n. 40) riassume in una rivista critica i risultati dei più recenti studi sulla sintomatologia della sezione totale del midollo spinale. Le divergenze fra i dati clinici e quelli sperimentali, la oscurità di alcuni sintomi clinici sta nel fatto che la sindrome da sezione midollare assume due aspetti differenti in primo tempo subito dopo il trauma e tardivamente quando sono scomparsi i fenomeni di shock.

Nella *fase immediata* il ferito cade improvvisamente dopo la lesione del midollo, ma senza perdere la conoscenza e la parola. L'anestesia superficiale e profonda, quella delle mucose compresa, è completa al disopra della sezione. Ta-

lora il ferito accusa sensazioni soggettive, poco dolorose, localizzate agli arti inferiori, che sono completamente paralizzati. Il tono muscolare al principio è conservato. I riflessi tendine sono aboliti; il riflesso cremasterico è conservato; i riflessi addominali sono più rari; i riflessi di difesa mancano in tre quarti dei casi e quando esistono sono deboli; il riflesso plantare è quasi sempre presente. La temperatura degli arti inferiori è in generale aumentata ed è più alta ai piedi che alle ginocchia alla coscia al contrario del normale. Oltre a ciò si ha ritenzione di urine e di solito incontinenza di feci.

Nella *fase tardiva o di automatismo midollare* la sintomatologia cambia avvicinandosi a quella che si osserva negli animali con midollo sperimentalmente sezionato. La mobilità volontaria rimane abolita malgrado certe apparenze dovute a movimenti riflessi. Nella grande maggioranza dei casi la sensibilità obbiettiva rimane abolita; tuttavia non è impossibile un certo ritorno della sensibilità dovuta alla rigenerazione di radici posteriori o a trasmissione per via simpatica. I feriti invece avvertono sensazioni subbiettive riferite agli arti inferiori; la spiegazione di questo fenomeno sta probabilmente in una eccitazione del moncone centrale del midollo ed è analogo alle illusioni degli amputati. Le mucose sono parimente anestetiche. Il tono muscolare è normale o esagerato. I riflessi tendinei ricompaiono talora più deboli, ma talvolta anche esagerati. I riflessi di difesa o d'automotismo midollare si presentano presto e sono intensi. Il triplice movimento di ritirata dell'arto inferiore in seguito ad eccitazione della pianta e del dorso del piede, della faccia anteriore della coscia, che è nettissimo. Talora i movimenti automatici si verificano spontaneamente forse in rapporto ad eccitazioni viscerali. In questa fase il paziente vuota la vescica automaticamente quando è piena; non c'è più vera incontinenza, nè rigurgito come nella fase iniziale, ma emissione di urina con getto intermittente sotto l'influenza del rimpimento della vescica. La defecazione si effettua con un meccanismo analogo in modo intermittente. Le erezioni soppresse nella fase iniziale ricompaiono. Claude e Lhermitte, Head e Riddoch hanno notato anidrosi, e talvolta anche iperidrosi, nelle parti insensibili. L'erezione dei peli, la pelle d'oca ...etua regolarmente. Le masse muscolari ch ricevono l'innervazione della porzione del midollo inferiore alla sezione sono diminuite di volume, ma non presentano reazione degenerativa.

Le escare costituiscono una delle complicazioni più importanti. Contrariamente alla opinione di di Charcot, di Vulpian e di Brown-Séquard che le mettevano in rapporto a distrofismo pare siano dovute della macerazione della pelle. Si hanno anche quasi costantemente l'uretrite e la cistite purulenta; più tardivamente si ha pielonefrite. Talvolta si ha ematuria per paralisi vasomotoria pleuro-polmonari.

Dejerine e Ceillier hanno descritta nei paraplegici osteomi a localizzazione varia nei muscoli iliaci, adduttori, nel quadricipite e nel gluteo medio. Questi osteomi, che non si accompagnano a fenomeni infiammatori, nè sono legati ad alterazioni dello scheletro, hanno un'origine poco chiara.

dr.

Ariflessia tendinea nei traumi cefalici.

Camus (*Paris medical* 1919, n. 40) riferisce i più recenti studi sulla scomparsa dei riflessi tendinei nei cranio-traumatizzati.

Souques, che ha osservato parecchi casi di ariflessia tendinea generalizzata in seguito a ferite del cranio e delle meningi crede che essa sia dovuta ad una meningite infettiva. A prima vista si potrebbe pensare che i riflessi mancavano già prima del trauma, ma nei casi esaminati nulla giustificava un tale sospetto; nell'anamnesi non c'era nessuna causa di ariflessia, non polinevrite tossica o infettiva, non anemia, non sifilide, non tabe, ecc. Anzi in un caso prima che i riflessi scomparissero si notò che erano esagerati. La scomparsa dei riflessi si deve probabilmente alla meningite ed alla conseguente alterazione delle radici posteriori, come nella tabe, o alla compressione dovuta alla ipertensione del liquido cefalo-rachidiano.

H. Français ha riferito il caso di un ferito di guerra nel quale i riflessi rotulei e l'achilleo destro erano deboli, e l'achilleo sinistro spento. Non c'era stato trauma cranico. Mancava il segno di Argyll-Robertson, la reazione di Wassermann fu negativa nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano, che non aveva neppure linfocitosi, ma, con molto iperteso. H. Français attribuisce a ipertensione la modificazione dei riflessi.

Ganducheau e Bouttier hanno osservato in 4 feriti cranici diminuzione e poi scomparsa dei riflessi tendinei, fatto che non poteva avere che un'etiologia traumatica.

Souques ha messo in evidenza la importanza di riconoscere la causa vera di queste forme di ariflessia, che potrebbero far pensare erroneamente alla tabe e conseguentemente far decidere cure specifiche dannose.

Guillain ha spiegato il meccanismo dell'ariflessia dimostrando come essa sia in rapporto con la ipertensione del liquido cefalo-rachidiano. Un sergente in seguito alla legatura della giugulare interna per ferita di guerra presentò grave iper-

tensione del liquor (80 cm. di acqua, mentre normalmente la pressione è uguale a 20 cm. circa).

Si verificò una stasi papillare con minaccia di cecità ed ariflessia tendinea. Praticando delle punture lombari ripetute a breve distanza di tempo la pressione del liquor diminuì, e con ciò diminuì la stasi papillare e ricomparvero i riflessi tendinei.

dr.

TERAPIA.

L'aria calda in terapia.

Si applica sotto forma di doccia iperemizzante (a 60°-90°) o di cauterizzazione (550°-750°). La prima possiede azione sedativa, analgesica, e, sulle ferite, è disseccante, battericida, cicatrizzante. La cauterizzazione è un metodo chirurgico che distrugge cellule viventi e microbi.

L'aria calda è indicata:

a) nelle *artropatie dolorose* sub acute o croniche;

b) nelle *neuralgie* (sciatiche, ecc.) con sedute quotidiane e prolungate;

c) nelle *celluliti croniche*, dovute a reazione dei tessuti sotto l'influenza dell'acido urico;

d) nella *costipazione cronica* (forma benigna ed iniziale);

e) nei *disturbi circolatorî delle estremità* (geloni, morbo di Raynaud);

f) nelle *dermatosi* (prurito anale e vulvare, eczema secernente, psoriasi, follicolite, radiodermite, ecc.);

g) nelle *ulceri* (varicose, atoniche);

h) in certe gravi lesioni della faccia (lupus, epiteliomi, acne ipertrofica, cheloidi, angiomi, naevi);

i) nelle *gangrene*;

l) in certe *affezioni ginecologiche* (sfacelo traumatico della vulva, affezioni del collo, quali ulcerazioni, i carcinomi infettati, ecc.).

(Darricau, *Journal des Praticiens*, 1919, n. 51).

l. b.

Nell'emicrania.

Secondo Pagniez, Vallery-Radot e Nast (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 10 ott. 1919), l'emicrania è in larga misura un fenomeno anafilattico.

Tutte le volte che questo fattore entra in gioco, un trattamento profilattico basato sui metodi per combattere l'anafilassi si dimostra efficace. Basta ingerire, tre quarti d'ora prima dei tre pasti principali, mezzo grammo di proteina eterogenea; le buone qualità di peptone rispondono molto bene allo scopo.

Se l'accesso è iniziale, non si riesce a jugularlo; ma continuando il trattamento, gli accessi scompaiono del tutto fino a che il soggetto resta sotto l'influenza del rimedio.

I sintomi gastrici cedono insieme all'emicrania.

Lo stesso trattamento si è dimostrato utile contro l'urticaria ricorrente.

La profilassi dell'emicrania ottenuta per mezzo del peptone viene riguardata dagli AA. come una conferma della natura anafilattica di quest'affezione; ciò per altro non può ammettersi senza molte riserve.

Secondo Laumonier, l'utilità del peptone in tali casi deve attribuirsi unicamente alla sua azione eupeptica: man mano che la digestione migliora, scompaiono gli accessi d'emicrania.

R. B.

Nel dolore di denti.

Strofinare un poco di fenacetina (una diecina di centigrammi) sulle gengive, in prossimità del dente dolente. Se questo è visibilmente cariato, introdurre nella cavità qualche poco di fenacetina: se il nervo è allo scoperto, il dolore è reso più intenso, ma passa poi in pochi secondi.

(Radcliffe - *Progressive medicine*).

l. b.

IGIENE.

Sulla tecnica della vaccinazione jenneriana. Il vaccino disseccato.

(WURTZ e CAMUS, *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome 82, pag. 12).

L'impiego del vaccino secco, la cui utilità in lontane regioni ove il vaccino fresco, sensibilissimo al calore ed alle variazioni della temperatura, giunge inattivo, risale all'epoca di Jenner. I contemporanei di questo, infatti, avuta la certezza che nelle croste vaiolose i germi specifici mantenevano integra la propria attività, pensarono di utilizzare per la vaccinazione le croste e la polpa disseccate: le esperienze fatte nei paesi caldi non diedero però in seguito che controversi risultati, per lo più negativi, che gli AA. attribuiscono a difetto di tecnica nella preparazione del materiale.

Wurtz e Camus ripresa con nuovi mezzi lo studio della questione, affermano di essere riusciti a produrre del vaccino secco che esperimentato in più colonie francesi dell'Africa ha segnato un pogresso nella lotta contro il vaiolo in regioni ove ritenevasi oltremodo difficile basandosi sul pus vaccinico fresco. Secondo gli AA., capisaldi della preparazione di un ottimo vaccino secco debbono essere:

1° La polpa donde vuole ricavarsi deve essere di provata e notevole attività: con la preparazione ordinaria ed alla diluizione di 1:20000,

una dose di cmc. 0.3 deve dare numerose pustole;

2° Occorre congelare la polpa e disseccarla man mano che si riscalda; in tal modo si disidrata il virus senza alterarlo facendolo passare, per così dire, *dallo stato di attività allo stato di sonno.*

È necessario che le manipolazioni occorrenti per triturare, sbarazzare di croste e peli, congelare e sottoporre al vuoto, siano fatte il più rapidamente possibile;

3° Il prodotto disseccato è poi polverizzato e messo in fiale ben asciutte, anche sotto forma di compresse, stando in ambiente ove l'idratazione del vaccino sia assolutamente impossibile.

La polpa disseccata completamente, chiusa in fiale asciuttissime, nelle quali il vuoto sia stato spinto al massimo, conserva per lungo tempo la sua virulenza.

Nel trasporto si preferiranno le ghiacciaie, i frigoriferi, evitando ad ogni costo le variazioni della temperatura.

Per l'uso, le fiale saranno aperte nel momento del consumo, in ambiente fresco e riparato. L'acqua glicerinata, da aggiungere a goccia a goccia al vaccino triturato, deve essere fredda. Infine la polpa glicerinata dovrà essere utilizzata nel più breve tempo possibile.

MONTELEONE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Osservazioni sulla batteriologia e l'anatomia patologica della dissenteria.

Secondo P. Manson-Bahr (*Journ. of the Royal army med. corps*, ag. 1919) la confusione che regna nella batteriologia della dissenteria bacillare è dovuta specialmente alla tecnica difettosa nella ricerca e nell'identificazione dei germi.

La ricerca deve essere anzitutto precoce: dopo il sesto giorno di malattia, il bacillo non si trova più, qualunque sia l'aspetto delle feci. Nei climi caldi, le feci devono essere esaminate entro quattro ore dalla loro emissione, altrimenti lo sviluppo del *B. coli* e del *Proteus* prevale ed occulta quello dissenterico. L'orina, che favorisce l'accrescimento del *Proteus* non va mescolata con le feci; la presenza del piocianeo inibisce lo sviluppo del dissenterico.

Un semplice esame microscopico può far predire i risultati di quello batteriologico; questo è positivo allorchè l'essudato intestinale è formato da emazie e da globuli di pus mescolati con grande quantità di macrofagi. La presenza di questi ultimi è un indizio favorevole per le prognosi, mentre la loro assenza indica una forma gravissima e fatale, specialmente se i leucociti sono molto degenerati e colorati dalla bile.

Anche con un materiale favorevole, non sempre si possono isolare i bacilli, e si devono quindi ripetere le ricerche. Quanto ai bacilli atipici o paradissenterici, l'A. ritiene che si tratti di razze degenerate.

La profondità a cui si trova il bacillo nell'intestino varia secondo lo studio della malattia. In quello acuto, si isola il bacillo dal muco libero alla superficie: nella necrosi collignativa della mucosa, esso esiste solo al disotto dello strato necrosato. Nello stadio di esplicazione, lo si trova nel tessuto di granulazione sottostante alla mucosa disquamata. Nelle forme croniche, esso si trova solo profondamente, nelle ulcerazioni.

L'agente abituale, secondo l'A., è il tipo Flexner: la mosca, che lo conserva a lungo nell'intestino, sembra uno dei principali agenti di disseminazione.

fil.

L'influenza ed il bacillo di Pfeiffer

S. Wyard (*British med. Journ.*, 27 dic. 1919) dalle colture dello sputo ha potuto ottenere il bacillo di Pfeiffer soltanto nel 24 % dei casi. Nessun potere patogeno questo ha dimostrato nè per il topo nè per il coniglio. Gli stipiti isolati, inoculati in animali mostrarono proprietà antigene; col siero di questi; ma diedero risultati negativi con il siero di individui influenzati.

Il bacillo di Pfeiffer si trova anche in ammalati, con forme diverse dall'influenza.

Dalle sue ricerche e da quelle di altri, l'A. conclude che l'influenza non è provocata dal bacillo di Pfeiffer.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

(1109) *Conservazione dei medicinali.* — All'abbonato n. 3422:

I raggi che hanno maggiori attività chimiche sono quelli compresi nella parte violetta ed ultravioletta dello spettro, e vengono più specialmente intercettati dai vetri rossi e gialli, che sono perciò usati per le bottiglie ed i barattoli, destinati a contenere sostanze che si alterano alla luce. Molto meno adato è il vetro turchino, che è più permeabile per i raggi chimici, ma che, ad ogni modo, è sempre da preferirsi a quello bianco, intercettando una maggiore quantità di raggi. Si deve aver cura di non esporre direttamente al sole i recipienti, comunque colorati, contenenti le sostanze sensibili alla luce.

fil.

(1110) All'abb. n. 2865 da Ostiglia. Suggeriamo:

R. MARCHESINI: Compendio di ematologia ad uso degli studenti e dei medici pratici. Roma, amministrazione del giornale « Il Policlinico », 1920; L. 10;

V. GIUDICEANDREA: Tecnica e diagnostica ematologica. Milano, Casa editr. dott. Fr. Vallardi, 1919; L. 20. R. B.

(1111) All'abb. n. 4787. Suggeriamo:

RAGAZZI, « L'igiene della scuola e dello scolaro », Milano, Manuale Hoepli, ultima edizione (919).

V. P.

VARIA.

Le rarità della casistica.

I casi molto rari hanno maggiori probabilità di essere descritti che non tutti gli altri. Siccome vengono a conoscenza di quasi tutti i medici, si finisce col riguardarli più comuni di come effettivamente non siano. D'altra parte, siccome sono spesso descritti da più medici, talvolta passano nella letteratura come due o più casi distinti. È così che uno dei primi casi di ipernefroma con irsutismo, in una bambina di 3 anni, viene spesso contato come due o tre casi, che vanno sotto i nomi dei dottori G. W. Ogle, W. H. Dickinson e qualche volta di H. Pitman, i quali lo hanno successivamente descritto. Così pure un caso di miosite ossificante progressiva, descritto per la prima volta da F. W. Burton-Fanning, fece il giro di molti grandi ospedali di Londra e di alcuni ospedali di provincia e venne descritto dettagliatamente altre due volte, in modo indipendente, su giornali di medicina e una volta perfino sul « Daily Mail ».

Qualche volta le duplicazioni si compiono in modo ancora più curioso; così un caso di obliterazione congenita dell'esofago venne pubblicato ultimamente sui « Johns Hopkins Hospital Reports » (1919, vol. XVIII, p. 259-286), dal dott. C. K. Bowes, Oxon., cioè laureato presso l'università di Oxford (antica Oxonium); ma sui giornali tedeschi il lavoro venne recensito come del dott. Bowes-Oxon; poi Oxon venne distaccato e se ne fece il caso di Bowes ed Oxon; infine il caso venne raddoppiato, divenendo il caso Bowes e quello di Oxon. Quest'ultimo nome è stato anche deformato in Axon.

Così talvolta si scrive la storia in medicina... (Dal *British Med. Journ.*, 13 marzo 1920).

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. BACCHINI. *La vita e le opere di Giovanni Maria Lancisi* (1654-1720). Roma, Lausaini, 1920, di pag. 116, con figure, L. 11,50.

La figura del Lancisi è una delle più belle e interessanti del secolo XVII e si può ben dire sia alle radici del rinnovamento moderno delle scienze mediche.

Dallo studio della sua vita e delle sue opere molto possono apprendere anche le nuove generazioni mediche ed ottimo consiglio e doveroso fu quello di portare un ramo di alloro nell'ospedale che fu suo, in occasione del secondo centenario dalla morte dell'archiatra illustre.

Il Bacchini, il quale ha una preparazione non dell'ultima ora, avendo preparato una storia documentata delle Istituzioni di S. Spirito in Sassia, ebbe la felice iniziativa di dettare una monografia sul Lancisi, in cui viene tratteggiata la vita e l'opera scientifica di lui, narrate le origini e le vicende della biblioteca lancisiana, fatta una rassegna dello Istituto di S. Spirito e infine dato un elenco delle opere edite e inedite del Lancisi. Il lavoro, il quale tiene conto anche degli ultimi contributi storico-critici, è di lettura gradevole e istruttiva e abbellito da numerosi ritratti e fotografie originali. *g. b.*

E. WERNER. — *Klinik und Therapie der Malaria.* — Un vol. in-8 gr. di pag. 124, con 34 grafiche. Berlin u. Wien. Urban & Schwarzenberg, 1918. Prezzo M. 7.

In questo lavoro di guerra l'A. tenta ancora di edificare tutta la clinica della malaria sull'anatomia patologica, anzichè sui dati naturalistici, secondo il metodo instaurato da V. Ascoli.

Dopo un'introduzione generale molto sommaria, l'A. fa una larga esposizione della sintomatologia e della terapia.

Si ferma in specie sull'estivo-autunnale, che divide in tre forme cliniche: gastro-intestinale, neuro-cerebrale e tossica; considera il coma come un'encefalite malarica. Tratta a lungo dell'emoglobinuria malarica, delle forme afebbrili, larvate, latenti, delle complicanze e delle sequele, delle infezioni miste (che distingue in enterogene, polmonari ed ematogene). Nei riguardi della terapia, espone e discute in specie i metodi Nocht (piccole dosi ripetute di chinino: 0.10 per 5 volte al giorno) di Ziemann (trattamento intensivo, immediato, con dosi di 1 gr.) e combinato (di Mühlens e Werner). Fa largo posto agli autori italiani.

R. B.

TEDESCHI CARLO. *Diagnosi e terapia specifica della tubercolosi con le tubercoline umane e bovine*. II. ristampa. — Un vol. in-8° di 125 pag. Officine grafiche A. Mondadori. Verona.

La ristampa di questa dissertazione di laurea viene dedicata dall'A. alla memoria del suo maestro, il prof. Vitale Tedeschi che fu direttore della Clinica pediatrica di Padova. Con osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche dimostra la duplicità di reazione ottenibile con tubercoline di ceppi diversi (bovina ed umana) e studia gli effetti terapeutici delle tubercoline indagando altresì la sorte lontana dei pazienti trattati da tempo. *r. s.*

BRUGSCH THEODOR. *Allgemeine Prognostik*. Un vol. in-8° di 498 pag. Urban e Schwarzenberg ed.; Vienna. Prezzo marchi 24.

È nella prognosi esatta che si può giudicare il medico pratico: la precisa valutazione, talora anche inconscia, dei singoli elementi che concorrono a determinare il giudizio prognostico non può farsi da chi abbia limitata la sua coltura ai libri od al laboratorio, ma solo dal medico, che, vivendo in diuturno contatto con gli ammalati, sa rilevare le minime particolarità e precisarne il significato.

È indubitato però che la scienza delle prognosi non può essere fondata sul puro empirismo, ma deve essere retta da leggi generali biologiche. Sono appunto queste leggi che l'A. abbozza nel presente volume, studiando l'*habitus*, e le costituzioni, con speciale riguardo al sistema endocrina.

Dagli elementi generali si risale al caso singolo, spiegando p. e. la resistenza contro diverse cause morbigene (climatiche, tossiche, infettive), esaminando il fenomeno della senescenza e della morte; ed applicando i dati ottenuti ai diversi gruppi di malattie.

Il concetto fondamentale del libro non è nuovo, poichè la dottrina delle costituzioni risale ad Ippocrate, ed è stata mirabilmente sviluppata dal De Giovanni, riconoscendo che nella speciale morfologia dell'organismo sta la ragione della sua morbilità.

Gli studi moderni però hanno modificato e chiarito molti concetti in proposito all'argomento trattato; così i raggi X, introducendo un metodo d'esame rapido e preciso, hanno reso il giudizio più agevole e sicuro, permettendo di adottare p. e. il sistema cardiovascolare come determinante dell'individuo; le recenti acquisizioni nel campo dell'endocrinologia permettono di avere una visione più complessa e più larga dei fenomeni fisio-patologici. Il lavoro dunque è utile ed interessante per il pratico come per lo studioso di biologia. ***fil.***

K. ESKUCHEN. *Die Lumbalpunktion*. — Prezzo marchi 8. Editori Urban e Schwarzenberg. Berlino - Vienna.

La importanza della puntura lombare in diagnostica ed in terapia va sempre più affermandosi. La letteratura su l'argomento è molto ricca, ma non ancora è stata ben raccolta, fusa in modo che il pratico ne possa avere una visione e comprensione completa. Il libro dell'Eskuchen che tratta in modo esauriente la tecnica della puntura lombare, le indicazioni terapeutiche di essa, la diagnosi generale e speciale del liquido cefalo-rachidiano, colma questa lacuna. *dr.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CASTROMAN RODRIGUEZ: Nueva Etiologia, nueva Profilaxis y nueva Terapéutica de la Tubercolosis. El bacilo de Ferrán y los procesos tuberculógenos. — Montevideo, 1919.

FORNI GHERARDO G.: Sul decorso della tubercolosi in un rene dopo l'asportazione del rene opposto. — Bologna, 1919.

LUZZATTO R.: L'immunità del peptone. — Rocca S. Casciano, 1919.

DE SANCTIS CARLO: Ferite del cranio e del cervello. Dati statistici su 197 casi (2ª serie). — Roma, 1919.

CARRA JOSÈ: Contributo allo studio del meccanismo della terapia aspecifica delle infezioni. Parte 1ª. Ricerche sul comportamento dei leucociti e sul ricambio azotato dopo iniezione di proteine eterogenee. — Rocca S. Casciano, 1919.

RIZZO RAFFAELE: Un caso di gravidanza tubarica, istmica, bilaterale. — Rovigo, 1919.

DEL MONTE ALBERTO: Su talune manifestazioni morfologico-cinematiche della vita e della funzione dei leucociti. — Napoli, 1920.

MUSUMECI GRASSO F.: A quale cura devono essere sottoposti i sifilitici per potere guarire. — Roma, 1920.

PINCHERLE MAURIZIO: Ipotiroidismo e atrofia muscolare pseudoipertrofica. — Firenze, 1919.

PIAZZA-MARTINI V.: Forme cliniche rare nei tumori mediastinici. — Palermo, 1919.

MARIOTTI UGO: Comitato romano della Lega nazionale contro la tubercolosi. Relazione 1° semestre 1919, dell'Ufficio centrale antitubercolare. — Roma, 1919.

CLOSTI FRANCO: Per la cronistoria della cura radicale dell'ernia nell'Ospedale Maggiore di Milano. — Milano, 1919.

RICCIOLI ERNESTO: Le ferite del retto. — Bologna, 1919.

Nel fascicolo scorso, pag. 444, alla fine dell'articoletto sugli assistenti degli Ospedali Riuniti di Roma, doveva dirsi: .....nel merito della questione, tanto più che il concorso..... ; ma, ecc.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione nazionale dei medici chirurghi liberi professionisti e convegno dei delegati per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il 31 marzo u. s. ebbe luogo a Milano il Convegno dei rappresentanti delle Associazioni dei medici liberi professionisti d'Italia indetto dalla Associazione di Milano.

Vi erano rappresentate tutte le Associazioni costituite o in via di prossima costituzione salvo pochissime eccezioni fra cui quella molto commentata della Associazione di Roma. Erano presenti i delegati di Livorno, Parma, Modena, Bergamo, Padova, Torino, Vicenza, Pavia, Brescia, Firenze, Ancona, Milano; mandarono deleghe regolari Sondrio, Mantova, Grosseto, Girgenti, Napoli, Campobasso, Siena, Pistoia; aderirono Venezia e Palermo dove una vera associazione di liberi professionisti non è ancora costituita, mentre quella di Genova aderendo incondizionatamente era dolentissima di non aver potuto mandare il suo delegato perchè non si era giunto in tempo a convocare l'assemblea. L'Associazione di Roma non era rappresentata neppure per delega o adesione perchè si prepara a tenere un convegno per proprio conto epperò non credette opportuno di mandare delegati.

Il convegno di Milano presieduto dal prof. Filè Bonazzola di Milano e dal prof. Molinari di Torino, occupò due sedute. Si discusse a lungo il capitolo della assistenza sanitaria che fa parte del progetto di legge sulla assicurazione obbligatoria contro le malattie. Ma poichè in due sole sedute era impossibile porre termine alla discussione per formulare l'ordine del giorno completo che rappresentasse tutti i postulati richiesti dai medici liberi professionisti al riguardo della promulganda legge, si convenne di approvare soltanto uno schema di ordine del giorno che sarebbe poi stato completato e formulato nel suo vero testo dai membri del consiglio direttivo della Federazione nazionale che nella stessa seduta doveva essere costituita.

Prima di sottoporre alla approvazione lo schema dell'ordine del giorno stabilito, si decise di formare la Federazione nazionale dei medici chirurghi liberi professionisti. Il presidente lesse lo Statuto che doveva reggere la Federazione e che fu approvato all'unanimità dopo breve discussione durante la quale furono presi in considerazione le richieste dei rappresentanti della Associazione sanitaria torinese, cioè che la sede della Federazione fosse quella del suo presidente, e che il consiglio direttivo fosse per il momento provvisorio. Procedutosi alla nomina dei membri del consiglio della federazione ad unanimità di voti fu acclamato presidente il prof. Filè Bonazzola di Milano ed a membri del consiglio furono eletti i sigg. professori Pinaroli di Torino, Tettenero di Padova, Ramoino di Genova, Casella di Livorno, Marchetti di Firenze e Ferrata di Napoli.

Costituita la Federazione nazionale il presidente della seduta prof. Molinari pose ai voti lo schema dell'ordine del giorno presentato e che venne approvato alla unanimità colla sola riserva del rappresentante di Padova per il comma 5°.

Ecco lo schema dell'ordine del giorno approvato che verrà però fra breve completato ed espresso con nuova forma per essere inviato al Ministero competente, a tutti gli Ordini dei medici ed a tutti i deputati e senatori medici.

« La Federazione nazionale dei medici liberi professionisti, per mezzo dei suoi rappresentanti radunati a Convegno in Milano il giorno 31 marzo 1920, per discutere circa la tutela dei propri interessi di fronte al progetto di legge sulle assicurazioni contro le malattie, riaffermato che nessuna legge può coartare nè limitare il diritto al libero esercizio della professione, chiede:

1. Che a far parte della Commissione per il regolamento generale della legge venga chiamata una rappresentanza eletta dai medici liberi professionisti;

2. Che sia garantita l'assoluta e completa libera scelta del medico curante, consulente, e specialista, per modo che i liberi professionisti volontariamente inscritti presso l'Istituto di assicurazioni sociali per le prestazioni richieste da assicurati ed assistiti, abbiano le stesse funzioni dei medici di zona, funzioni che verranno stabilite dai regolamenti alla cui compilazione dovranno prender parte i medici liberi professionisti, nella stessa proporzione di quella fissata per le altre organizzazioni interessate;

3. Che venga limitato e progressivamente ridotto il numero dei medici di zona, allo stretto necessario per assicurare la continuità dell'assistenza medica e della vigilanza igienica e profilattica;

4. Che l'assicurato non possa esser costretto al ricovero ospitaliero senza il consenso del medico curante ed in caso di disaccordo senza aver sentito il parere di un consulente;

5. Che le prestazioni mediche vengano retribuite dall'Istituto assicuratore con tariffe concordate con gli Ordini dei medici delle rispettive provincie con particolare riguardo alla tariffa dei medici specialisti ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8244) *Ricchezza mobile. Pensione. Caro-viveri.* — Dott. E. C. da V. Il medico condotto dimissionario che serve provvisoriamente da interino ed è retribuito a giornata ha il dovere di pagare la Ricchezza mobile. Ha diritto alla indennità caro-viveri se occupa un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare. Il Comune ha l'obbligo di pagare il mese di congedo non usufruito. Il periodo trascorso come interino è valutato agli effetti della pensione solamente per accelerare l'acquisto del relativo diritto.

(8245) *Pensione.* — Dott. abbonato 7510. Ella liquiderà una sola pensione, e, cioè, quella che sarà liquidata e pagata dalla Cassa di previdenza governativa ai sensi dell'art. 39 del testo unico.

(8246) *Indennità caro-viveri. Pagamento stipendio. Aumento relativo.* — Dott. G. D. G. da C. sul T. Ai fini del D. L. sul caro-viveri il premio di cent. 85 al giorno spetta al quarto figlio e successivamente al quinto ed al sesto se minorenni, non ostante che i primogeniti sieno per avventura già maggiorenni. Per il pagamento del caro-viveri residuale si faccia rilasciare il mandato e con esso o ottiene l'anticipo dall'esattore o può ottenere il sequestro conservativo delle entrate comunali. Per il pagamento dello stipendio arretrato occorre attendere che sia redatto ed approvato il bilancio. Se il Comune si ostina non farlo, provochi, con ricorso al Prefetto, l'accesso sul posto di un Commissario prefettizio per la redazione di ufficio. Qualunque ricorso faccia il Comune contro l'aumento di stipendio concessole non potrà ottenere favorevole accoglimento.

(8247) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. A. da O. Al medico pensionato non compete indennità caro-viveri.

(8248) *Indennità caro-viveri.* — Dott. I. S. da M. B. Le compete una unica indennità caro-viveri ripartibile fra Comune e carcere mandamentale in proporzione degli stipendi che ognuno di detti enti Le corrisponde.

(8249) *Concorsi. Età utile per prendervi parte.* — Dott. C. N. da C. Per godere della esenzione del limite di età nei pubblici concorsi per la nomina a medico condotto non è necessario che si sia sempre prestato servizio in modo continuativo presso una amministrazione. Purchè detto servizio si sia prestato una volta, anche non immediatamente, si può invocarla ed ottenerla. Per effetto di recente disposizione poi il limite di età per ammissione ai concorsi è stato protratto di quattro anni.

(8250) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. R. da M. A Lei compete la indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Nella comunicazione che ha avuta dal Prefetto vi è un inciso che esiste nel decreto e che poteva giustificare il diniego. Il Prefetto, infatti, dice: *con lo stipendio fissato in organico*, mentre tale condizione non èrichiesta. È, quindi, indifferente avere lo stipendio fissato in organico od anche altro maggiore o minore, per ottenere la indennità in parola. Ella, poi, a norma del succitato decreto non avrebbe dovuto rivolgersi al Prefetto ma alla G. P. A. alla quale la consigliamo di proporre immediata domanda per la concessione della indennità ed, occorrendo per la emissione del mandato di ufficio.

(8251) *Aumento di stipendio. Ricorsi.* — Dott. A. V. da S. L. L'art. 26 della legge sanitaria nel prevedere la possibilità del ricorso non adopera la parola *interessati* ma dice tassativamente. *Da queste deliberazioni della Giunta amministrativa è sempre però data facoltà di ricorso da parte dei Comuni al Consiglio superiore di sanità.* Or se la legge parla solamente di Comune la circolare non può certamente estendere ad altri tale facoltà e dar vita ad un ricorso che non sarebbe indubbiamente legittimo.

(8252) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D. N. da C. Se Ella nel consorzio copre un posto previsto nella pianta organica debitamente approvata e sostituisce un titolare mancante e non semplicemente assente, ha diritto alla indennità caro-viveri.

(8353) *Stabilità.* — Dott. abbonato 7413. Non avendo superato il concorso non può, in vista del servizio fatto nella condotta come interino, accampare la stabilità nella carica.

(8254) *Norme di servizio per gli ufficiali sanitari.* — Dott. abbonato 2674 L'art. 82 del Regolamento generale sanitario del 19 luglio 1906 non contiene le norme di servizio per gli ufficiali sanitari, ma dà facoltà ai Prefetti di compilare per la propria provincia — udito il Consiglio provinciale di sanità — un regolamento che le contenga. Tali regolamenti, quindi, variano da provincia a provincia. Debbono, però, tutti contenere norme circa i congedi ordinari er a causa di malattia con obbligo di reciproca sostituzione fra gli ufficiali sanitari viciniori.

I regolamenti formulati dal Prefetto sono approvati del Ministero dell'industria udito il parere del Consiglio superiore di sanità.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. D. D. V. da Schio:

Oltre i 15 giorni di licenza con assegni non vi è ragione che le venga negato il premio di smobilitazione, che le spetta in ragione di due mensilità di stipendio per il primo anno di servizio effettivamente prestato e di un'altra mensilità per ciascun anno successivo.

Rivolga reclamo al Ministero della guerra (Direzione generale dei servizi logistici amministrativi - Divisione assegni).

All'abb. n. 11304:

Per ciò che concerne il primo quesito nón risulta che vi siano nuove disposizioni che modifichino le norme per l'assegnazione della polizza di assicurazione.

Ogni quesito in proposito potrebbe del resto essere rivolto con lettera raccomandata all'Ufficio assicurazioni militari in Bologna, via Castiglione, n. 8-10.

Circa la facilitazione cui Ella accenna nel 2° quesito non risulta che sia prescritta da alcuna legge o disposizione: potrà forse solo essere concessa nei singoli casi *ad libitum* dell'ente che indice il concorso.
dice il concorso.

M. G.

All'abb. n. 4787:

Corsi per ufficiali sanitari si tengono a Pavia, Parma, Torino; se ne è già data notizia nella rubrica « Notizie diverse », degli scorsi fascicoli.

Corsi d'igiene scolastica non mi risulta che se ne tengano.

V. P.

Doveri morali degli abbonati:

aiutare il periodico a superare le gravi difficoltà del dopo-guerra; pertanto:

diffonderlo tra i colleghi, facendolo conoscere ed apprezzare;

provvedere al pagamento della quota dovuta all'Amministrazione, senza farsi sollecitare.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Nelle Università.

Il prof. De Giaxa Vincenzo ha lasciato l'insegnamento dell'igiene e la direzione dell'Istituto d'Igiene di Napoli. All'insigne scienziato esprimiamo il nostro rincrescimento per questa decisione, che priva la scuola medica partenopea di uno dei suoi maggiori valori.

Sono trasferiti, col loro consenso, conservando il loro grado: il prof. Muscatello Giuseppe, ordinario di patologia chirurgica, da Catania a Napoli; il prof Bertarelli Ernesto, ordinario d'igiene, da Parma a Pavia; il prof. Tusini Giuseppe, ordinario di clinica chirurgica e medicina operatoria a Parma, alla cattedra di clinica chirurgica di Genova.

Sono conferiti i seguenti incarichi: di patologia chirurgica al prof. Zurria Giovanni a Catania; di igiene al prof. Castelli Agostino a Cagliari; dell'insegnamento dell'igiene al prof. Orsi Giovanni e della direzione dell'Istituto d'igienea al prof. Pane Domenico a Napoli; di clinica chirurgica al prof. Roncali Demetrio a Padova.

Sono nominati i dottori: Vigi Ferruccio, assistente di fisiologia a Bologna; Pusinich Giorgio, aiuto di clinica ostetrico-ginecologica, Salager Luigi, aiuto di fisiologia e Diana Antonio, assistente di oculistica a Cagliari; Miceli Vincenzo, assistente di clinica chirurgica, e Cucinotti Gaetano, assistente di medicina legale a Messina; Tesauro Giuseppe, assistente di fisiologia e Marchetti Filippo, assistente d'istologia e fisiologia generale a Napoli; Sacchetto Italo, aiuto di patologia generale a Padova; Piersanti Alberto, assistente di clinica chirurgica e Pupilli Giulio, aiuto di farmacologia e materia medica a Parma; Maffei G. B., assistente di medicina legale a Pavia; Plini Pietro, assistente volontario di patologia medica a Pisa; Spadolini Igino, aiuto di fisiologia a Firenze.

ALBO D'ORO.

Al dott. Mancini Francesco da Foligno (Spoleto), tenente medico 1° reparto d'assalto è stata concessa la *medaglia d'argento* con la seguente motivazione: « Collocato il posto di medicazione a immediato contatto con i combattenti usciva coraggiosamente dalla linea per rincorare e medicare i feriti più gravi ». — Malga Zugna, 23 maggio 1918.

Il dott. Curti Riccardo da Milano è stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate durante la guerra. Già prima il dott. Curti aveva ricevuto la decorazione della Croce di guerra.

Il dott. Alfredo D'Aniello, di Vietri sul Mare, capitano medico, è insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate in dipendenza della guerra 1915-1918.

Il dott. Enrico Rossi di Vigentino, è stato insignito dal ministro degli interni della medaglia di bronzo al valor civile per il suo coraggio nel disarmare della rivoltella un individuo che voleva ammazzare la propria moglie.

CONDOTTE E CONCORSI.

Concorso per 33 posti di medico di reparto delle Ferrovie dello Stato.

È stato bandito il concorso per 33 posti di medico delle Ferrovie dello Stato per i seguenti reparti: Frugarolo, Genova I, Genova IX, Ivrea I (per questi reparti la domanda deve rivolgersi all'Ufficio sanitario di Torino); Stradella, Vicenza I, Vicenza II, Vicenza III (per questi reparti la domanda deve rivolgersi all'Ufficio sanitario di Milano); Prato II (la domanda deve rivolgersi all'ufficio sanitario di Firenze); Foligno I, Foligno III, Foligno IV, Frosinone I, Porto Recanati, Terracina I, Trevi (per questi reparti la domanda deve rivolgersi all'Ufficio sanitario di Roma); Barletta III, Brindisi I, Calciano I, Eboli I, Eboli III, Lucera, Melito di Porto Salvo I e II, Minervino Murge I, Montaguto Panni, Napoli I, Napoli III, Pizzo I (per questi reparti la domanda deve rivolgersi all'Ufficio sanitario di Napoli); Comiso II, Girgenti I, Marsala, Modica II, (per questi reparti la domanda deve rivolgersi all'Ufficio sanitario di Napoli).

Le domande su carta da bollo da L. 2 devono essere presentate entro il 30 aprile c. m. Documenti richiesti: atto di nascita; certificato di cittadinanza italiana rilasciato dal Comune di residenza; certificato penale e certificato di buona condotta con data anteriore al 1° febbraio 1920, dichiarazione in carta da bollo di L. 2 con la quale il concorrente, che già non vi dimori, si impegni, se nominato, a trasferirsi stabilmente, entro due mesi dalla ricevuta comunicazione di nomina, nella sede del reparto; diploma di laurea in medicina; titoli.

Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra.

L'Opera nazionale, allo scopo d'incoraggiare gli studi per il perfezionamento degli apparecchi di protesi, apre un pubblico concorso a premio per una monografia sul seguente tema: « Storia della evoluzione della protesi e descrizione dei principali sistemi, con speciale riguardo alla cineprotesi ». Non è compresa in questo tema la descrizione degli apparecchi di protesi buccale.

Il premio consisterà in una grande medaglia d'oro, del valore di lire mille, e sarà assegnato all'autore della monografia che sarà giudicata la migliore dalla *Commissione permanente della protesi*, istituita presso l'Opera nazionale. La monografia premiata sarà stampata a cura ed a spese dell'Opera nazionale, la quale ne rimarrà proprietaria.

Il termine utile per la presentazione della monografia scade alle ore 17 del 30 aprile 1921.

La monografia deve essere presentata dattilografata e può essere corredata da disegni e da figure illustrative. Essa non potrà portare la firma dell'autore, ma sarà contrassegnata da un motto il quale sarà riprodotto in un foglio, insieme col cognome, nome ed indirizzo dell'autore, ed il detto foglio verrà consegnato in busta chiusa insieme colla monografia.

I concorrenti non vincitori del concorso avranno diritto alla restituzione del manoscritto.

CANTÙ (*Como*). — Al 25 aprile condotta poveri; L. 5500, oltre L. 500 per bicicletta e le indennità caro-viveri.

LORETO (*Ancona*). *Ospedale S. Casa.* — Cercasi assistente medico-chirurgo. L. 200 mensili, vitto e camera gratuiti nell'interno dell'Ospedale (moderno con gabinetto micro-batteriologico, impianto radiografico). Assumere servizio primo prossimo luglio. — Rivolgersi al direttore.

MONTEPRANDONE (*Ascoli Piceno*). — Al 25 aprile prima condotta; L. 8000 lorde; L. 500 per uff. san., indennità c. v. in L. 1200, indennità di L. 2000 per cavalcatura.

MURLO (*Siena*). — Due condotte residenziali; L. 5000; L. 2000 per indennità mezzi trasporto; indennità c. v.; otto trienni del ventesimo; all'uff. san. L. 400.

POZZUOLI (*Napoli*). — Condotta: L. 6000 e indennità caro-viveri. Scad. ore 12 del 30 aprile.

PRALBUINO (*Brescia*). — Condotta. Ab. 3188 di cui 1500 poveri. Chiusura 25 aprile. Capitolato concordato.

SOVICILLE (*Siena*). — Due condotte residenziali; L. 5000 e tre trienni del ventesimo; lire 2000 per mezzi di trasporto; indennità c. v. Scad. 15 mag. Età limite 35 anni.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide (aggiungere): Barlassina (Monza), Isola S. Antonio (Alessandria), Castel d'Aiano (Bologna).

Revoca di diffide: Altavilla Monferrato (Alessandria), Buronzo (Novara), Confienza (Pavia).

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assistenza ospedaliera.

Sulla necessità di una legge statale che coordini l'assistenza ospitaliera.

Il Congresso dei direttori d'ospedale, radunatosi a Triste il 6 ottobre 1919, fece voti che venga formulata per l'assistenza ospedaliera una legge sul tipo di quella per i manicomi.

I punti principali che dovrebbero essere stabiliti in detta legge, per quanto riflette la parte riguardante i direttori d'ospedale, sono:

1° Che tutti gli ospedali debbono essere diretti da un direttore medico, il quale negli ospedali al disotto dei 200 letti, potrà essere anche uno dei primari curanti, purchè abbia i requisiti necessari; mentre negli ospedali di maggior importanza il direttore medico, nominato in seguito a pubblico concorso, dal quale si richiedano titoli di speciale preparazione tecnica, dovrà esclusivamente esercitare la direzione medica nei suoi vari rami;

2° Che il direttore medico intervenga di diritto alle ardunanze dei Consigli d'amministrazione con voto consultivo;

3° Che i direttori di ospedale dei capiluoghi di provincia siano di diritto chiamati a far parte dei consigli sanitari provinciali;

4° Che del Consiglio supremo di sanità faccia parte uno dei direttori d'ospedale;

5° Che per tutto quanto riguarda la tecnica ospedaliera, tanto l'economo che l'ingegnere dell'ospedale debbano essere alla dipendenza del direttore medico, che le loro proposte sugli argomenti suddetti debbano sempre essere trasmesse all'autorità superiore per il tramite esclusivo del direttore medico;

6° Che il direttore medico presieda di diritto a tutte le commissioni tecniche giudicatrici dei concorsi ai posti di sanitari ospitalieri;

7° Che delle Commissioni tecniche per la nomina di direttore medico faccia sempre parte un direttore effettivo di ospedale maggiore;

8° Che il direttore dopo un biennio di prova abbia la nomina a vita;

9° Che gli sia fatta una posizione finanziaria e di pensione tale da consentirgli l'indipendenza economica, tenuto calcolo della mancanza di ogni altro provento professionale.

Per il personale femminile di assistenza immediata e sua preparazione.

L'Associazione italiana dei direttori d'ospedale, nel suo congresso di Trieste, ottobre 1919, richiamandosi a suoi precedenti ordini del giorno, approvati nei congressi di Bologna e di Bergamo; tenuto conto che dal Governo veniva recentemente nominata una Commissione, incaricata di studiare le condizioni dell'assistenza immediata negli ospedali d'Italia e di formulare le proposte di riforma per migliorare tale servizio; mentre non può a meno di rilevare che su argomento ospedaliero di tanta importanza, sarebbe stato opportuno che i direttori d'ospedale, anzichè da un solo membro nella Commissione, fossero stati più largamente rappresentati;

inteso che la maggioranza della Commissione propone che le scuole per infermiere e l'assistenza immediata siano in Italia organizzate esattamente sul modello di quelle inglesi, mentre una minoranza della Commissione sostiene giustamente che tale ordinamento vada modificato in rapporto colle norme e colle esigenze degli attuali ordinamenti dei nostri ospedali, in maniera da non sottrarre il servizio dell'assistenza immediata alla autorità delle direzioni sanitarie e delle amministrazioni, fa voti:

1° Che in ogni ospedale capoluogo di provincia sia istituita una speciale scuola-convitto per l'istruzione e la preparazione del personale destinato alla immediata assistenza degli infermi, con apposito personale insegnante ospitaliero;

2° Che tale assistenza sia affidata esclusivamente a personale femminile reclutato in classe di istruzione e di educazione superiore a quello attuale;

3° Che tali scuole-convitto abbiano sede in locali espressamente costruiti ed arredati, forniti cioè di tutti quei servizi che concorrono a far raggiungere quel grado di educazione igienica e morale, di cui l'infermiera deve dare esempio nell'adempimento del proprio ufficio;

4° Che ad ogni scuola-convitto presieda una direttrice, fornita di istruzione e di qualità morali indispensabili a tale ufficio e posta alle dirette dipendenze del direttore medico dell'ospedale, il quale della scuola come di tutti i servizi interni dell'ospedale, deve avere la guida e la responsabilità. La direttrice, coadiuvata da ap-

posito personale, avrà funzioni di ispettrice nelle sale in cui le allieve effettuano il loro tirocinio pratico;

5) Che i corsi teorici-pratici, d'insegnamento debbano durare almeno un biennio e che per conseguire gradi gerarchici superiori, si dovranno sempre fare ulteriori corsi di studio e un ulteriore periodo almeno annuale di esercizio pratico;

6° Che solamente chi riporta il diploma professionale rilasciato da tali scuole, possa esercitare la professione di infermiera.

Sulle condizioni finanziarie degli Istituti ospitalieri.

Il V Congresso dei direttori d'ospedale, tenutosi in Trieste dal 6 al 9 ottobre 1919, richiamandosi a voti espressi in discussioni di precedenti congressi, considerate le condizioni economiche sempre più gravi nelle quali versano le amministrazioni ospedaliere ed i comuni, fa voti che, a porre rimedio ad uno stato di cose che può anche facilmente determinare una limitazione e forse una sospensione delle funzioni degli ospedali, siano istituite al più presto le casse di assicurazione contro le malattie, dalle quali possano gli ospedali trarre i necessari mezzi per migliorare le organizzazioni ed i servizi, che improrogabilmente reclamano da tempo una razionale sistemazione e trasformazione.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano di dermatologia e sifilografia.

La Società italiana di dermatologia e sifilografia ha deliberato nell'ultima sua riunione di partecipare ufficialmente alle onoranze al chiarissimo prof. D. Majocchi, che, rimandate a causa della guerra, saranno celebrate in Bologna il 6 del prossimo giugno.

È sembrato opportuno alla presidenza — interprete dell'unanime sentimento dei soci — che a dare maggiore solennità a tale avvenimento, coincidesse con le feste giubilari l'annuale congresso della Società, il quale pertanto resta stabilito per i giorni 5 e 7 del giugno 1920.

Si pregano i soci i quali volessero fare comunicazioni, d'inviarne il titolo con un breve riassunto delle conclusioni al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio 69, Roma (20), non più tardi dal 10 magp. v., non consentendo la ristrettezza del tempo e le condizioni in cui versa nell'attuale momento l'industria tipografica in Roma di sorpassare questo limite.

Si fa pure vivissima preghiera di consegnare nel più breve tempo possibile alla segreteria della Società il manoscritto delle comunicazioni fatte.

Prossimamente saranno inviati a ciascun socio l'ordine del giorno ed il programma della riunione.

Per l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica un R. D., numero 245, che approva un Regolamento per la esecuzione del D. L. 21 aprile 1919 per l'assicurazione obbligatoria contro la invalidità e la vecchiaia.

Tale Regolamento consta di 14 titoli, di cui il 3° contiene le tabelle dei salari medi, e disposizioni speciali per i lavoratori della terra; e al capo 5° riguarda i periodi di malatttia da computarsi utili per la pensione.

Il titolo 5° contempla la prevenzione e la cura della invalidità, il 6° le inscrizioni e i versamenti facoltativi ed il 7° le norme per la liquidazione ed il pagamento delle pensioni.

Il titolo 8° riguarda le organizzazioni professionali di datori di lavoro e di assicurati, il 10° le Commissioni arbitrali e il 12° la vigilanza e le penalità.

Si tratta quindi di un regolamento veramente complesso e che si può dire completo poichè coi suoi 214 articoli disciplina tutta la vasta materia che fu oggetto di una legge giustamente classificata fra le più opportune per l'assetto della moderna società.

Dalla relazione sull'azienda del chinino di Stato si apprende che tale azienda è una delle poche che costano limitatamente e rendono assai. Nello scorso anno, complessivamente l'entrata ascese a lire 5.931.274,56. Di detta somma lire 5.906.773,28 rappresentano il prodotto lordo della vendita e lire 24.501,28 i proventi accessori diversi.

La spesa fu accertata in lire 3.258.614,91.

Onoranze al prof. Campana.

Per iniziativa del « Piccolo ospedale dei tubercolosi settici » è stata inaugurata una lapide sulla tomba del compianto prof. Roberto Campana, che ha donato all'Opera Pia tutto il suo patrimonio.

Il prefetto di Roma era rappresentato dal'avvocato cav. Vincenzo Sarno, la Clinica dermosifilopatica dal prof. Garibaldi, l'Ordine dei medici dal dott. Ballerini, il Municipio di Teramo, patria del Campana, dall'avv. Muzio Muzi, e la Deputazione provinciale di Teramo dal cavalier Berardo Cerulli.

Il dott. Albini, come commissario dell'Opera Pia, ha rivolto il saluto riverente alla memoria del prof. Campana, che ha lasciato tracce luminose per la scienza e per la beneficenza.

Il prof. Garibaldi, per incarico del prof. Ducrey, che ora dirige la Clinica dermosifilopatica, ha tratteggiata la figura dello scieziato e del filantropo.

Nel giornalismo medico.

Si è iniziata la pubblicazione di un « Wiener Archiv für innere Medizin », diretto dal professori W. Falta e K. F. Wenckebach, edito dalla Casa Urban e Schwarzenberg di Vienna e Berlino.

La pubblicazione è aperiodica.

Essa è destinata ad accogliere contributi non soltanto clinici, ma anche sperimentali, purchè con diretta attinenza alla clinica, provenienti da tutti i paesi austro-ungarici.

I promotori non si sono lasciati scoraggiare dalle difficoltà dei tempi. Essi sono convinti che il nuovo regime di libertà che viene instaurandosi in molti paesi, debba far sentire la sua azione benefica nel campo degli studi e che un largo posto sarà fatto anche alla medicina, a benefizio dell'umanità.

Il primo fascicolo risulta di oltre 200 tavole, è corredato di 8 tavole e ci si presenta in una magnifica veste tipografica.

Rassegna della stampa medica.

Paris Méd., 21 feb. TRICOIRE: Emeralopia epidemica. — ROUGET: Aderenze del velo palatino al faringe consecutive all'amigdalectomia o all'adenoidectomia.

Berl. Klin. Wochens., 23 feb. BEUMER e ISEKE: Il ricambio creatinico-creatininico nel mixedema. — MOSLER: Influenza dei processi febbrili sul blocco cardiaco.

Münch. Mediz. Wochens., 20 feb. KÖNIGER: La terapia intermittente con gli antipiretici.

Bull. Johns Hop. Hosp., gen. BRADY: Il destino dei batteri introdotti nelle vie aeree superiori. — Mc CALLUM e a: Ostruzione pilorica e tetania gastrica.

Brit. Med. Journ., 2 feb. SMITH: Atonia e prolasso dell'intestino crasso. — SPENCER: I tumori nel campo dell'ostetricia. — Mc CARRISON: La dieta deficiente studiata nelle scimmie. — WYNN: Vaccinoprofilassi dell'influenza.

Med. Record., 10 gen. DINNAN: Elioterapia della tubercolosi.

New York Med. Journ., 17 gen. MASSARK: Legatura dell'a. iliaca interna nelle operazionoi ginecologiche. — LANDSMANN: Affezioni rettali in rapporto alla diagnosi.

Journal Americ. Med. Assoc., 31 gen. DOCK: Le tendenze sociali in medicina. — CLOVIS e MILLS: Effetti della febbre tifoide e dei vaccini tifoidei sulla tubercolosi polmonare. — 7 feb. HOUSE: Encefalite letargica epidemica. — HARE: L'insegnamento della terapia.

Zeitschr. f. Tuberk., feb. ICHOK: Le psiconeurosi tubercolari.

Pediatria, 15 feb. DE STEFANO: Pseudo-paralisi di Parrot.

Riforma Med., 7 feb. MARAGLIANO: L'influenza e le malattie da influenza. — VERROTH: Purpura anularis telengictodes.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 12 feb. GALMOZZI: Embolia trombotica dell'arteria mesenterica superiore come esito di stenosi mitralica.

Ann. di Medic. nav. e colon., gen.-feb. SALOTTI: Malaria chinino-resistente e neosalvarsan.

Gaz. d. Hôp., 17 e 19 feb. LAUGE: Il male di Poth dell'adulto. — 21 feb. GARDNER: L'ostruzione duodenale cronica.

Pediatria, 1 feb. COZZOLINO: Etiopatogenesi della pertosse.

Edinb. Med. Journ., feb. GRAHAM BROWN: Ipertono del simpatico e tossiemia intestinale.

Paris Méd., 14 feb. MINET e LEGRAND: L'influenza cardiaca.

Giornale di Clin. Med., feb. NERI: Riflessi paradossali da automatismo midollare. — RAVENNA: Leucemia acuta.

Berliner Klin. Wochens., 16 feb. ROSENTHAL e ZUM: Proprietà chemoterapiche del picrato d'ammonio. — ROTHSTEIN: La ritenzione di cloruro sodico.

Münch. Mediz. Wochens., 13 feb. ASSMANN: I cambiamenti delle ombre iliari nelle cardiopatie. — TICHY: Roentgenterapia del cancro orale.

Journal Americ. Medic. Assoc., 24 gen. BASTEDO: Il trattamento della colite mucosa. — HESS e UNGER: Vitamina grasso solubile e rachitismo.

British Med. Journ., 14 feb. HART: Trattamento dei disordini nervosi funzionali. — VILVANDRÉ: Radioterapia dei tumori maligni.

Riv. Patol. nerv. e ment., 9 feb. LOTTI: Emiplegia palato-laringea. — CAMIA: Etiologia dell'amenza.

Ann. Ostetr. e Ginec., mar.-apr. MIRTO: Falso travaglio nelle gravidanze extra-uterine a termine.

Bull. Sc. Med., gen. FAMÀ: Chemotecnica delle emopatie protoziarie.

Bull. Ac. Méd. 10 feb. RENAULT: Diftero reazione di Schick.

La Presse Méd., 18 feb. NOBICOURT e PARAF: L'anergia tubercolinica durante la gravidanza.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 5 feb. CERRANO: Tifo addominale simulante il tifo esantematico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII — *Roma, 26 aprile 1920* — Fasc. 17.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI FIRENZE diretto dal prof. SCHUPFER.

Sopra un caso di mediastino-pericardite sarcomatosa con pleurite destra saccata paramediastinica

Lezione clinica del prof. FERRUCCIO SCHUPFER.

Storia clinica: C... I...., d'anni 45, messo comunale. Nulla di notevole nei precedenti ereditari. A 15 anni sofferse di eresipela facciale, poi è stato sempre bene. Nega di aver sofferto di sifilide e di aver abusato di vino o di liquori. La moglie è sana, e non ha mai abortito. Ha una bambina sana.

Al primo del dicembre u. s. era tossicoloso e si sentiva facilmente stanco. Ciò nonostante continuò nelle sue occupazioni, sebbene in quel tempo esse fossero più faticose del solito. Il giorno 4 dicembre dovette però mettersi a letto, non tanto perchè i suddetti disturbi fossero aumentati, quanto perchè era comparso rossore vivo, tumefazione spiccata e dolore gravativo della faccia e del collo, definita da qualcuno eresipela e da altri eczema. Pare non abbia avuta febbre, tranne al quarto giorno di malattia. Fu curato dapprima con pennellature iodoglicericbe, ed in seguito con impacchi borici. Uno dei sanitari che lo esaminò sembra abbia riscontrata una contemporanea affezione respiratoria, tanto che prescrisse dei medicinali, ai quali il malato attribuisce l'effetto di aver provocata una abbondantissima espettorazione muco-purulenta. In dodicesima giornata il paziente stava assai meglio e lasciò il letto. Dopo qualche giorno ebbe però a notare la comparsa di un molesto affanno, che, provocato dapprima soltanto dagli sforzi, si rese ben presto fisso e costante, sia di giorno, sia, e sopratutto, durante la notte. Tale affanno fu talora così imponente da toglierli il sonno, e da richiedere l'uso dell'ossigeno. Contemporaneamente era aumentata la tosse, ed erano comparsi edemi alla faccia, alle mani ed al dorso dei piedi. Allora si rimise a letto; ma, siccome non migliorava affatto, il medico curante pensò di inviarlo alla nostra clinica, dove entrò il 24 gennaio.

Nel decorso della malattia il malato non ebbe a notare modificazioni qualitative o quantitative delle urine, nè accusò mai cardiopalmo o dolori toracici, non ebbe emottisi, nè epistassi, nè modificazioni della voce, che sarebbe divenuta semplicemente più rauca. Non ebbe turbe disfagiche. A suo dire l'edema della faccia sarebbe in questi ultimi giorni molto diminuito, in contrapposto ad una più spiccata turgescenza delle vene del collo, ed allo stabilirsi di uno stato edematoso della parete toracica anteriore, dello scroto e del collo dei piedi.

All'esame obbiettivo si nota: uomo di statura normale e di normale costituzione scheletrica. Nutrizione buona, sanguificazione alquanto sca-

dente. La cute di colorito roseo pallido altrove, è invece lievemente cianotica alla faccia, alle mani ed ai piedi, nelle quali regioni esiste anche una ben manifesta imbibizione edematosa. Edema assai spiccato si nota anche sul collo, e su tutta la parete toracica, ma specialmente nella regione sternale e parasternale superiore e media, ove la pressione digitale lascia un'impronta assai profonda e duratura.

Vi è micropoliadenia disseminata, ma non prevalente in alcuni distretti per rispetto ad altri.

Il decubito preferito è quello semiseduto, le altre posizioni del tronco sono tutte possibili, ma mal tollerate, perchè aumentano la dispnea, della quale il paziente soffre in continuazione. Non vi è affatto febbre. Il paziente è in preda ad un molesto affanno che si accentua ad ogni sforzo anche minimo. La respirazione, assai rumorosa, quasi sibilante, è a tipo nettamente addominale, e si compie nella quasi completa immobilità del torace, alla base del quale si osservano posteriormente ritmici rientramenti inspiratori, più marcati nella metà destra, la quale si espande un po' meno di quella sinistra. Colla palpazione, oltre all'apprezzamento di un'aumentata resistenza toracica anteriore, si rileva che il fremito vocale tattile, normale per il resto, è invece diminuito in corrispondenza del terzo medio della regione sternale e parasternale e presenta al contrario un evidente rinforzo sull'emitorace posteriore sinistro e sulla fossa sopraspinosa destra. Colla percussione si riscontra che anteriormente a destra il suono è fortemente ottuso nella regione sternale e parasternale fino alla linea mammillare; ma in basso, subito sopra alla ottusità epatica, esiste anche in queste regioni una striscia di suono più chiaro dell'altezza di circa due dita. Parimente ottusa è la regione a sinistra dello sterno fino alla linea parasternale, cosicchè un ampio cappuccio di ottusità sovrasta all'ottusità cardiaca e questo cappuccio forma a livello del 2° spazio intercostale sinistro un'ampia incisura. La linea che segna il limite di ottusità nell'emitorace destro anteriore è inclinata dall'alto verso il basso, ed al di là di essa esiste un'altra striscia di ipofonesi con uguale direzione, che a livello del 4° spazio si trova a 2 cm. dalla linea ascellare anteriore. Posteriormente a destra nella fossa sopraspinosa si ha un suono leggermente smorzato, ed un po' meno nella parte alta della regione sottospinosa. Nell'emitorace sinistro posteriormente si ha suono esagerato. I lembi polmonari non scorrono affatto in corrispondenza della zona ottusa. Il murmure vescicolare è normale nella fossa sottospinosa sinistra, mentre è aspro dall'angolo scapolare sinistro in basso. A destra, e nella porzione più bassa della base anteriore sinistra il murmure vescicolare è fortemente diminuito. Nella fossa sopra e sottospinosa destra, nella fossa sopra e sottoclavicolare destra, come pure nella sopraspinosa sinistra e nella sopra e sottoclavicolare sinistra la respirazione è a tipo nettamente soffiante, specialmente durante la espirazione, la quale è più protratta che di norma. In nessun segmento dell'albero respiratorio si ascoltano rantoli o fruscii pleurici. Il malato ha frequenti colpi di tosse; ma emette scarso escreato muco-purulento verdognolo a piccoli blocchi nummulari nel quale è negativa la ricerca del bacillo di Koch, delle fibre elastiche, degli uncini di echinococco e delle cellule neoplasiche.

Il paziente non si lamenta di turbe a carico del sistema circolatorio. Oltre agli edemi già ricordati si nota una marcata turgescenza della giugulare destra, che si rende ancor più prominente durante la fase inspiratoria, e l'ectasia di una vena superficiale che decorre lungo la paravertebrale destra. Il sistema venoso è per il resto normale. Il polso è piccolo, facilmente compressibile, ma di frequenza normale; al tatto non si apprezzano differenze fra le due radiali, gli sfigmogrammi relativi dimostrano invece una lieve diminuzione di ampiezza d'onda a carico della radiale destra, con accenno al polso paradosso del Kussmaul.

La sopradescritta zona d'ottusità toracica anteriore, spingendosi in alto fino al giugulo, rende impossibile l'esplorazione dell'aorta; mancano i sintomi dell'Oliver, del Grocco e del Cardarelli. La stessa zona di ottusità impedisce la delimitazione della figura lineare del cuore a destra ed in alto nella linea mediana, e nella regione parasternale sinistra. Il contorno cardiaco è invece nettamente limitabile nella parte sottostante della regione laterale sinistra e fino all'estremo inferiore esterno, che si fissa colla percussione raggiata sotto la 6ª costola, a 12 cm. dalla linea mediosternale. L'itto della punta non è visibile nè palpabile, qualunque sia il decubito che si fa prendere al paziente. Già è stato accennato alla presenza di un'ampia solcatura a livello del 2° spazio intercostale, sul limite tra l'ottusità sopracardiaca e quella cardiaca. Quest'ultima a livello della 3ª costola arriva a 6 cm. dalla linea emisternale, ed a 10 cm. a livello della 6ª costola. I toni alla punta ed alla base sono cupi, deboli, lontani, ma non accompagnati da soffi nè da sfregamenti. La pressione vasale massima è a destra mm. 110, a sinistra mm. 115, quella minima è a destra mm. 92, a sinistra mm. 90. Ponendo il malato a sedere l'ottusità a sinistra dello sterno non aumenta di altezza nè di ampiezza.

Il paziente non si lamenta di alcuna turba a carico del sistema digerente, che anche all'esame obbiettivo non presenta alterazioni di qualche importanza. La milza è in limiti normali, il fegato oltrepassa di un dito l'arcata costale; ma non si riesce a delimitarne i caratteri a causa della resistenza delle pareti addominali.

Le orine delle 24 ore sono in media di 1000 cmc. con aspetto giumentoso, densità 1030, assenza di albumina, di glucosio, di pigmenti biliari e di sangue. Molto evidente è la reazione dell'urobilina. Nel sedimento si notano solamente urati amorfi.

Nulla a carico del sistema nervoso centrale e periferico. Non vi è paralisi nè paresi delle corde vocali. Nulla a carico dei sensi specifici.

Il sangue presenta: globuli rossi 4.200.000, emoglobina 70 %, valore globulare 0,83, globuli bianchi 5600, rapporto fra globuli bianchi e globuli rossi 1:750. La formula citologica è la seguente: polinucleati neutrofili 68 %, eosinofili 2, basofili 0, linfociti grandi 15, medii e piccoli 5, mononucleati grandi 3, forme di passaggio 7. Nulla a carico delle emazie. La reazione del Wassermann fu negativa. La cutireazione negativa al braccio fu positiva sullo sterno.

Decorso. — Durante la degenza in clinica le condizioni del paziente in primo tempo si aggravarono, aumentarono gli edemi, si intensificò la cianosi, la respirazione si fece sempre più difficile, nel mentre aumentò l'estensione dell'ottusità toracica a destra dello sterno. Si do-

vettero fare quotidiane iniezioni cardiotoniche, ma ciò nonostante il paziente era costantemente obbligato ad un decubito semiseduto. Essendo assente il radiologo della clinica si pregò un altro collega di praticare il 28 gennaio la radioscopia ed il risultato fu il seguente: Tutta la metà destra del torace si presenta opaca, tanto che si arriva appena a distinguere il bordo superiore del fegato. L'ombra cardiaca è fortemente spostata verso sinistra; l'ilo del polmone sinistro è addensato e costituito da un'ombra ovalare di volume molto superiore alla norma. Il giorno 29 venne praticata la toracentesi a livello del 4° spazio intercostale destro, a 2 cm. all'esterno della parasternale. Si estrassero 1300 cc. di liquido citrino, quasi perfettamente limpido, con densità 1014, albumina 28 %, prova del Rivalta debolmente positiva e scarsissimo sedimento composto in grande prevalenza da linfociti piccoli e medi, con qualche raro polinucleato e rarissime cellule di sfaldamento profondamente alterate. Non si riscontrarono germi. Alcuni cc. di liquido furono iniettati nel peritoneo delle cavie, le quali per ora sono in buone condizioni di salute. Dopo la toracentesi la respirazione si fece più calma e meno rumorosa, la cianosi diminuì, il polso più valido non era più paradosso, la giugulare destra non più turgida. La zona di ottusità toracica destra anteriore si ridusse notevolmente nel suo diametro verticale che da cm. 26 scese a 22, mentre il suo estremo destro che era 10 cm. dalla emisternale arrivò ad 8 e l'estremo puntale sinistro dell'ottusità cardiaca, che era a 12 cm. dalla emisternale fu, dopo la toracentesi, a 11 cm. L'urto della punta cardiaca rimase però invisibile e non palpabile, ed i toni cardiaci rimasero cupi e lontani. A sinistra persistette sempre l'ampio cappuccio di ottusità sopracardiaca, con notevole incisura a livello del 2° spazio intercostale sovrastante l'ottusità cardiaca. Sopra altre modificazioni dell'esame obbiettivo avremo occasione di trattenerci durante la discussione del caso.

La storia di questo malato è molto semplice. Egli godette buonissima salute fino al 4 dicembre u. s. quando ammalò di una forma morbosa che alcuni definirono come eczema, altri come eresipela; poi si presentò un po' di tosse, e transitoriamente, e per un sol giorno, ebbe febbre. Dopo pochi giorni comparve una dispnea che non solo si presentava durante gli sforzi corporei, ma anche a letto e ad essa si associarono edemi alla faccia, alle mani ed al tronco, per cui il nostro infermo richiese il consiglio di vari medici fino a che fu condotto a noi.

Ora per quante ricerche anamnestiche abbiamo fatto non ci fu dato di chiarire se la primitiva affezione sia stata un eczema od una eresipela od un'altra eruzione cutanea. Vero è che ci fu la febbre, ma essa durò solo 24 ore, e d'altra parte si presentò in un momento in cui il malato aveva tosse per cui essa potrebbe mettersi in relazione con questa. La terapia fatta fu quella dell'eresipela; ma certo noi non possiamo asserire con sicurezza che, essendo il malato guarito con tale terapia, si sia trattato veramente di eresipela. Sull'unico dato anamnestico importante che presenta il nostro malato noi non ci possiamo per conseguenza molto fondare nella discussione che intraprenderemo su questo caso clinico veramente interessante.

Sopra di esso furono poste varie diagnosi dai differenti medici che lo visitarono. Si pensò successivamente ad una nefrite acuta, ad un echinococco del polmone, ad un aneurisma aortico, ad una pleurite saccata, ed infine, non potendo addivenire ad una indagine sicura, i medici desiderano il parere del clinico.

E per vero dire chiunque si fosse trovato d'innanzi ad un malato come questo, che dopo una eresipela facciale presentò una dispnea che non solo avveniva in seguito a sforzi corporei, ma che si presentava anche spontaneamente di notte, e chiunque avesse visti comparire edemi i quali non seguivano le leggi di gravità, ma erano più intensi alla faccia e meno agli arti superiori ed ai piedi sarebbe corso colla mente alla nefrite acuta idropigena, colle sue conseguenze uremigene. Ma neanche a farlo apposta l'orina di questo infermo non presentava neanche quelle tracce di albumina che talora si riscontrano in varie condizioni morbose acute, per cui l'ipotesi di una nefrite doveva esser rifiutata. Vero è che ci sono nefriti senza albuminuria, ma in tali casi si tratta di nefriti croniche interstiziali, le quali non sono però idropigene, nè presentano un'orina con peso specifico ed una quantità delle 24 ore quali noi osserviamo nel caso nostro. Qualcuno pensò che il malato fosse affetto da echinococco del polmone o del mediastino, e basò tale supposizione sulla forma alquanto rotondeggiante che presenta l'ottusità verso destra, sulla eosinofilia del 2 % che si nota nel sangue circolante, e su una sensazione di fremito che parve avvertire chi fece la percussione sulla zona ottusa. A chi però mi esponeva tali criteri io dissi che la puntura esplorativa ci avrebbe dato un liquido citrino, e non uno limpido come acqua di roccia quale è quello da echinococco, e devo esporre ora a voi la ragione di questo mio giudizio. Prima di tutto un'eosinofilia al 2 % non è tale da giustificare giudizi di tale natura. Vero è che, oltre agli echinococchi con forte eosinofilia; ci sono anche quelli senza o con poca eosinofilia; ma quando si vuol dar valore a questo sintomo bisogna almeno che esso sia molto spiccato, il che certo qui non è. Poi il fremito idatideo qui non si avverte. Si ha percuotendo sopra la parete edematosa, nel punto dell'ottusità, una certa vibrazione della parete, ma questa non si deve confondere col fremito idatideo, senza contare che io credo nessun clinico sia mai riuscito a sentire tale fremito sopra una cisti che, non solo non è estrinsecata all'esterno, ma è coperta dalla gabbia ossea di un uomo adulto e robusto. Vedete adunque come fallaci siano già due dei criteri sui quali tale diagnosi si fondava. Ma v'ha di più.

Le cisti da echinococco si svolgono lentissimamente, provocando graduali e progressivi segni di compressione degli organi vicini, segni che non avrebbero potuto mancare in una cisti situata nella regione mediastinica. Il nostro malato invece stette benissimo fino al 4 dicembre, e poi in pochi giorni presentò una serie di fenomeni gravi, i quali certamente non si potevano presentare così repentini in caso di cisti, la quale per determinarli avrebbe dovuto in breve ora raggiungere un volume press'a poco uguale a quello dell'ottusità che ora presenta questo malato. In un unico caso la cisti da echinococco può presentare fenomeni tumultuosi, ed è quando essa suppura. E l'aver avuto una eresipela potrebbe anche generare un tale sospetto; ma il paziente presentò la febbre solo per 24 ore, ed essa poteva anche esser in relazione coi fenomeni bronchiali, mentre poi la febbre cessò completamente, ed anche ora, per quante ricerche siano state eseguite, non si riuscì a dimostrare neanche un decimo di elevazione febbrile. E se a ciò si aggiunge che il malato invece di presentare leucocitosi presenta leucopenia, e che nel suo sangue mancano le granulazioni sudanofile si comprenderà come il concetto di una suppurazione di una cisti sia da rifiutarsi.

Chiunque osservi la difficoltà inspiratoria di questo infermo, che ricorda il cornage, e chiunque ripensi alla dispnea spontanea ed a quella da sforzo, alla cianosi, agli edemi, alla forma e sede dell'ottusità, alla disuguaglianza dei due polsi, dovrà anche porsi il problema se qui possa trattarsi di aneurisma aortico. Ma, o signori, non solo qui mancano i segni dell'Oliver, del Cardarelli e del Grocco; ma questa ottusità non è affatto pulsante, pur essendo superficiale, nè su di essa si ascoltano toni o soffi cardiaci, senza contare che un inizio acuto non si concilia affatto coll'ipotesi di un aneurisma, il quale potrà anche esser latente fino a che è piccolo, ma non lo potrebbe più essere quando avesse raggiunto un volume così grande come sarebbe nel caso nostro. Un solo aneurisma si genera in modo acuto, ed è quello che consegue ad una fenditura dell'aorta per cui si forma un aneurisma spurio. Ma in tal caso l'inizio è istantaneo, con dolore forte, dispnea improvvisa e ad ogni modo si dovrebbero trovare i segni propri dell'aneurisma, ai quali più sopra io ho accennato. Dunque anche l'ipotesi di un aneurisma si deve scartare.

L'ottusità occupa una gran parte del torace anteriore destro, e perciò ci fu chi pensò ad una pleurite saccata fondandosi non solo sulla sede dell'ottusità, ma anche sulla resistenza che essa presentava e sull'abolizione del fremito vocale tattile. Ebbene, o signori, di pleuriti io ne ho vedute a centinaia saccate e non saccate, unilaterali o bilaterali, destre o sinistre, ma in nessuna ho veduto un inizio con cianosi ed edemi alla faccia, alle mani ed ai piedi. Vidi edemi ed anasarca nelle pleuriti, ma solo quando per il lungo decorso e per la gravità della forma l'infermo si andava cachetizzando, vidi edemi nelle pleuriti per insufficienza cardiaca, ma, a meno di una contemporanea cardiopatia, non li vidi mai precoci, ed anche in caso di cardiopatia non li vidi mai cominciare dal volto. Dunque, se pleurite c'è, ci deve essere qualche altra cosa che ci spieghi gli edemi, e quest'altra cosa non si può, come vi dissi, ricercare nel rene, che qui è sano. Ma poi una pleurite destra saccata ed a ridosso del mediastino respinge, è vero, il mediastino e il cuore verso sinistra, ma non c'è alcuna ragione che l'urto della punta del cuore scompaia, e che esso non si presenti mai in qualsiasi decubito si ponga l'infermo, mentre l'impulso della radiale è abbastanza valido. E poi perchè un cuore dislocato deve presentare i toni deboli e lontani, come in questo caso, perchè qui si ha quella ottusità a 4 cm. a sinistra dello sterno nel 1° e 2° spazio intercostale, con una incisura a livello del 3° spazio intercostale? Si dirà: è il mediastino spostato, e tale spiegazione potrà appagare qualcuno, ma non certamente chi suole ragionare e discutere sui dati positivi presentati dagli infermi. Se un mediastino anteriore arriva a 4 dita dalla marginale sinistra dello sterno vuol dire che il suo spostamento è considerevole; ma se è considerevole come va che la punta del cuore è spostata di appena un dito e mezzo dalla sua sede normale? Come è concepibile che il mediastino si sposti ed il cuore no? Signori, se la punta del cuore è poco spostata vuol dire che noi dobbiamo cercare un'altra ragione per interpretare quella ottusità che esiste a sinistra dello sterno. E se consideriamo la forma a *brioche* che l'ottusità presenta a sinistra dello sterno, se consideriamo la scomparsa dell'urto puntale e la sua irreperibilità, qualunque sia la posizione che si fa prendere al malato, se consideriamo che a sinistra l'ottusità assoluta lungo il bordo cardiaco si confonde con quella relativa, se consideriamo l'incisura del Sibson, la lontananza e la debolezza dei toni cardiaci, la diminuzione per quanto lieve dell'angolo interno dello spazio semilunare del Traube, e, per quanto non molto marcata, anche la presenza di un polso paradosso di Kussmaul, dobbiamo dire che non ci manca alcuno dei segni caratteristici della pericardite essudativa. Ecco perchè nel ripensare al responso radiologico che voi avete udito, io pregai il bravo radiologo della nostra clinica, che nel frattempo era ritornato in Firenze, di esaminare con cura il malato, dopo la toracentesi; avvertendolo che la clinica non poteva esser soddisfatta del primo

reperto radiologico, perchè i dati clinici deponevano per la presenza di liquido nel pericardio, mentre la radioscopia non lo ammetteva. Vi leggerò la risposta mandataci or ora dal radiologo: « Ombra cardiaca notevolmente spostata verso sinistra, non si apprezzano pulsazioni del suo bordo sinistro, mentre il bordo destro si confonde colla opacità toracica destra. La configurazione e la mancanza di pulsazione dell'ombra cardiaca fanno ritenere che il pericardio sia disteso da liquido ».

Come vedete i dati clinici non avevano mentito. Certo a qualcuno di voi avrà potuto parere presuntuosa la mia asserzione, ma quando si crede di aver bene vagliato i sintomi presentati da un infermo, e quando si ha la intima sicurezza di una diagnosi, non si deve subito modificarla perchè un dato di laboratorio, od un dato radiologico sembrano contraddirla. Che se il radiologo mi avesse risposto che liquido non c'era nel pericardio, egli avrebbe dovuto darmi la spiegazione del perchè esistevano tutti quei fenomeni sui quali io avevo fondata la diagnosi di pericardite, e che non si conciliavano affatto colla diagnosi di pleurite saccata.

Dunque il nostro malato ha del liquido nel pericardio. Ma allora conviene chiedersi se la malattia dalla quale esso è affetto sia semplicemente una pericardite, o se esista anche la pleurite saccata.

È infatti canone fondamentale in medicina che se una causa spiega *tutti* i fenomeni che presenta un infermo è inutile cercarne altre. Dato adunque che il nostro malato ha una pericardite, giova chiederci se con essa si possono spiegare tutti i fenomeni obbiettivi e subbiettivi. Ora se l'ottusità a destra dello sterno fosse dovuta anch'essa alla pericardite, si dovrebbe naturalmente trattare di una pericardite con fortissimo essudato, ed in verità vari sintomi tenderebbero a confermare una tale ipotesi. Noi infatti sappiamo che quando un liquido si raccoglie abbondantemente nel cavo pericardico, la sua ottusità può aumentare quando il malato passa dalla posizione sdraiata a quella seduta, appunto come accade in questo caso. Ma oltre a ciò, quando il liquido è in discreta quantità l'ottusità pericardica assume una forma trapezoidale coll'angolo del Tigri od epatocardiaco ottuso; ma quando il liquido è estremamente abbondante può assumere una forma a cono, con apice smusso in alto, in cui il lato destro è rappresentato da una linea obliqua che dall'alto si dirige all'esterno ed in basso, abolendo così l'angolo del Tigri, appunto come accade nel malato nostro nel quale a sua volta il lato sinistro presenta l'incisura del Sibson. Ed in favore dell'idea di un liquido pericarditico molto abbondante potrebbe anche deporre l'assenza dello sfregamento pericardico, il quale, se può ascoltarsi anche in caso di pericarditi con una quantità di liquido piuttosto notevole, manca però quando la quantità stessa divenga molto abbondante. Eppure nonostante queste apparenze io vi dimostrerò che l'ottusità a destra dello sterno non appartiene tutta alla pericardite. Vero è che la sua forma ricorda esattamente quella dei grandi essudati pericarditici, ma la sua topografia sul torace non è quella di questi ultimi. Il pericardio nella pericardite essudativa si lascia distendere in tutti i sensi; ma, data la sua posizione nel torace, il massimo dell'ottusità si ha non a destra, ma a sinistra, dove la linea inferiore esterna può raggiungere anche la linea ascellare anteriore. Quì invece tale linea è raggiunta in basso ed anche oltrepassata a destra, mentre a sinistra l'ottusità sorpassa di appena mezzo cm. la linea mammillare, indicando con ciò che il liquido non deve esser eccessivamente abbondante, il che non può conciliarsi col fatto che invece a destra l'ottusità si sia spostata tanto estesamente all'esterno. Oserei dire che la figura dell'ottusità che osserviamo nel nostro malato, si potrebbe avere in un destrocardiaco, ma non in un uomo normale. Ma qui certo non si può pensare ad una destrocardia perchè nessuna malattia appare nei precedenti del malato capace di aver fissato il cuore a destra, nè alcun disturbo funzionale del cuore presentava il nostro infermo prima dell'attuale malattia. Nè si può trattare di destrocardia congenita, perchè in tal caso anche il fegato e la milza dovrebbero trovarsi invertiti nella loro posizione, mentre qui essi sono nella loro sede normale. Quindi la forma dell'ottusità a cono con apice smusso non si può interpretare come dovuta alla pericardite, perchè essa è collocata troppo a destra e troppo poco a sinistra. Dal lato destro del torace noi abbiamo tolti 1300 cmc. di liquido, e se l'ottusità si è notevolmente ridotta a destra si è invece di poco modificata a sinistra, il che non può accadere in una pericardite essudativa ad abbondante essudato, ma oltre a ciò la punta del cuore continua ad essere introvabile, i toni cardiaci sono rimasti cupi e lontani; per cui, se il liquido tolto avesse avuta una provenienza pericardica si dovrebbe ammettere che, nonostante il vuotamento, molto liquido sia rimasto nel pericardio. Ora se voi riflettete che la quantità massima di liquido trovata nella pericardite essudativa non purulenta fu di circa 2000 cmc. e che tale caso del Gosselin fu così eccezionale che tutti i trattati lo citano, comprendete anche come si debba esser titubanti nell'ammettere nel nostro infermo una quantità veramente enorme di liquido.

Ed un altro fatto ci fu qui contrario all'idea che l'ottusità a destra dello sterno appartenga al pericardio. Quando il malato venne a noi, subito

al disopra dell'area epatica, ed al disotto della zona di ottusità, esisteva una striscia di suono chiaro, alta due dita, che giungeva a circa 1 cm. dalla marginale dello sterno. Ora è cognizione comune che nella pericardite essudativa l'ottusità compare precocemente nell'angolo del Tigri, e sarebbe assolutamente inconcepibile che un liquido, distendendo il pericardio, si disponesse invece in direzione obliqua sul diaframma, in modo che tra questo e il liquido si potesse avere suono chiaro polmonare.

Infine se è vero che negli essudati pericarditici molto abbondanti il livello superiore dell'ottusità può diminuire se il malato passa dalla posizione orizzontale a quella eretta è però anche vero che ordinariamente le cose procedono come nel caso nostro, ma quello che non avviene è che tale spostamento si verifichi con la estrema rapidità che voi osservaste nel nostro malato, rapidità di spostamento che non si verifica neanche nei liquidi pleurici, e tanto meno in quelli che, come nel nostro caso, dovrebbero esser saccati, nei quali anzi la spostabilità del liquido nelle varie posizioni generalmente manca affatto. Anche questo fatto depone adunque contro la natura pericardica del liquido raccolto a destra dello sterno, senza contare che, anche volendo ammettere una spostabilità esageratamente rapida di un liquido pericardico, sarebbe necessario che il fenomeno si verificasse non solo a destra, ma anche a sinistra, non essendo concepibile che un liquido pericardico abbia un comportamento diverso a destra di quel che non abbia a sinistra. Ora se tale ricerca si fa sul lato sinistro dell'ottusità si vede che la spostabilità dell'ottusità in posizione eretta è molto piccola e non si provoca che molto lentamente. Dunque l'ottusità a destra dello sterno non deve aver rapporti col pericardio; ma deve esser una raccolta pleuritica adiacente al mediastino. Certo voi sarete meravigliati che dopo tutto quello che io tante volte vi ho detto sulla poco o nulla spostabilità dei liquidi pleurici saccati qui le cose procedano in tale guisa, ma io vi fo rilevare che se in una sacca pleurica, oltre al liquido, è contenuta dell'aria la spostabilità del liquido suol essere rapidissima. Ecco perchè in tale soggetto dobbiamo ricercare se vi sono segni di idropneumotorace. Ora senza tener conto del timpanismo molto accentuato, a tipo di suono Skodico, che si ha nel 1° e 2° spazio intercostale destro mentre il malato sta in decubito orizzontale, timpanismo che nella fossa sottoclaveare si avvera frequentissimamente cogli stessi caratteri anche delle ordinarie pleuriti essudative, e che qui non presenta variazione del Wintrich, nè eco metallica, a prescindere dal fatto che qui non sono spiccati neanche altri segni ai quali si vuol accordare valore per la diagnosi di idropneumotorace, noi abbiamo nel nostro infermo molto spiccato il segno più caratteristico e patognomonico di tale forma morbosa, e cioè la succussione ippocratica, con netto timbro metallico, la quale, unita alla rapidissima spostabilità del liquido, ci fa porre con sicurezza la diagnosi di idropneumotorace destro saccato.

Nè si può pensare che l'aria sia contenuta nel pericardio e non nella pleura, perchè in tal caso noi dovremmo avere anche a sinistra dello sterno quegli stessi fenomeni che si notano a destra, e che invece a sinistra mancano completamente.

E allora noi dobbiamo chiederci: il pneumotorace si generò all'inizio della malattia, od è un fenomeno più tardivo? Qui non si tratta di persona enfisematosa nella quale si possa rompere un alveolo polmonare o per sforzi o per colpi di tosse, e nel quale per conseguenza possa penetrare nella pleura solo dell'aria. Qui non si potrebbe pensare altro che a quei pneumotoraci che susseguono alla rottura di un ascesso polmonare o alla ulcerazione di lesioni polmonari superficiali per lo più tubercolari. Ma qui mancò il dolore forte, atroce che accompagna tali eventi, e, se i fenomeni di dispnea comparvero rapidamente nello spazio di pochi giorni, non ebbero certo quella istantaneità che si riscontra in caso di pneumotorace. Nè i caratteri del liquido si conciliano troppo con tale ipotesi, senza contare che quando il malato venne da noi la zona di ottusità era più ristretta e non presentava quella spostabilità che presenta ora, nè la succussione ippocratica. La penetrazione di aria nella pleura si deve quindi considerare come un incidente dovuto alla toracentesi.

Giunti a questo punto del nostro ragionamento dobbiamo chiederci se le lesioni finora da noi ammesse sono sufficienti a spiegare *tutti* i sintomi del malato; o se dobbiamo ammetterne qualche altra. Se noi scorriamo la letteratura relativa alla pericardite essudativa vediamo che la massima parte dei fenomeni qui incontrati sono ad essa imputabili. Una riserva si potrebbe solo fare per i fenomeni di edema, i quali sono piuttosto rari nella pericardite e si avverano solo nei casi di essudato molto abbondante, mentre qui noi abbiamo ammesso che l'essudato pericardico non raggiunga delle cifre eccessive. L'edema è certamente dovuto non solo allo stato del cuore, il quale in ogni pericardite soffre nella sua funzione, anche quando non è esso stesso sede di processi endocarditici o miocarditici; ma è anche in relazione colla compressione che viene esercitata dal liquido sulle cave. L'essersi gli edemi presentati nel paziente precocemente alla faccia ed alle mani, anzi l'esser stati qui più spiccati che non ai piedi, ed accompagnati da cianosi, ci indica che la compressione sulla cava

superiore deve esser stata fin dal primo momento molto forte. Certo è che ammettendo che il liquido si fosse accumulato nel pericardio con molta rapidità si potrebbe spiegare una compressione notevole anche senza che il liquido fosse stato eccessivo, sapendosi che la sofferenza che gli organi subiscono per la compressione è tanto maggiore, quanto più essa viene esercitata in modo brusco, senza dar tempo cioè all'organismo di adattarsi alla nuova condizione di cose; ma è anche certo che un liquido della entità di quello che si ha nel nostro infermo difficilmente avrebbe potuto determinare gravi edemi, qualora alla pericardite non si fosse associata la mediastinite che spesso l'accompagna. Però nel nostro caso non possiamo dimenticare che a destra e precisamente in corrispondenza delle cave e dell'orecchietta destra, c'è un'altra raccolta liquida contrapposta a quella pericardica, colla quale certamente può associarsi per esercitare la sua compressione precisamente sulle cave e sull'orecchietta, e quindi nel nostro caso l'ipotesi di una mediastinite, pur essendo molto verosimile non sarebbe tanto necessaria, come lo sarebbe stato se la pleurite saccata non ci fosse stata. Ma qui sopra al manubrio dello sterno ed a sinistra di esso esiste una ottusità troppo estesa per essere in rapporto solo con una pericardite ad essudato questo fatto ci obbliga ad ammettere l'esistenza di una contemporanea mediastinite.

Di quale natura sarà l'affezione?

Chiunque rifletta che la malattia esordì con una forma morbosa che fu detta eresipela potrà anche pensare che il tutto possa essere una conseguenza di una infezione da streptococco. Molti fatti però parlano contro una tale ipotesi. Prima di tutto la mancanza di ogni, anche minima, elevazione termica, la quale dovrebbe accompagnare certamente una forma morbosa che sarebbe l'esponente non di una affezione localizzata, ma di una setticemia streptococcica. In secondo luogo i liquidi pleurici e pericardici determinati da un'infezione streptococcica con una certa facilità svelano la loro natura batterica, mentre qui nè nel sedimento nè colle nostre culture ci fu dato di mettere in evidenza alcun germe. In terzo luogo i liquidi che genera lo streptococco tendono alla purulenza, od almeno rivelano nel sedimento la presenza di numerosi polinucleati neutrofili; mentre qui il sedimento è nettamente linfocitario. E questi argomenti non solo ci fanno escludere l'ipotesi di sierositi da streptococco, ma anche quelle da diplococco, da stafilococco e da quel diplostreptococco che ora è la causa di tante pleuriti in casi di influenza.

Si sarà trattato di forma reumatica? Le sierositi reumatiche certamente esistono, almeno quelle che sono in relazione col reumatismo articolare acuto, durante il decorso del quale le pleuriti si possono avverare. Ma qui non ci fu traccia di reumatismo articolare, e se anche si volesse ammettere una pleurite e pericardite reumatica senza reumatismo articolare, si dovrebbe considerare che la mancanza di febbre non è consona a tale ipotesi, come non lo è la tenacia colla quale il liquido permane nel nostro infermo, mentre si sa che le sierositi determinate dal germe del reumatismo articolare acuto hanno maggior tendenza delle altre alla risoluzione ed allo spostarsi da una sierosa all'altra.

Per via di eliminazione dobbiamo pensare che anche questa, come la maggior parte delle sierositi, sia dovuta al bacillo del Koch? Vero è che tale germe non fu riscontrato nè nell'escreato nè nel liquido, ma noi attenderemo anche il responso delle inoculazioni nelle cavie, e rammenteremo che in questo caso il sedimento presenta una formula istologica quale suole avverarsi nelle sierositi tubercolari, che la mancanza di febbre è più facile ad avverarsi qui anzichè in altri casi di sierositi; e che qui abbiamo positiva la cutireazione alla tubercolina, non tanto al braccio, quanto allo sterno, e noi sappiamo dagli studi del mio aiuto prof. Pisani che la cutireazione locale positiva ha un certo valore per la presunzione di una affezione specifica sottostante. Un punto però ci fa rifiutare anche tale diagnosi e questo riguarda i caratteri del liquido pleurico. Qui furono estratti 1300 cmc. di liquido con speso specifico di 1014, con 28 per mille di albumina, con prova del Rivalta leggerissimamente positiva, e con un sedimento costituito da linfociti. Ora se si pensa che il peso specifico dei trasudati è di 1010-1015, quello degli essudati 1018-1020, che il contenuto in albumina dei primi è di 10-30 ‰ e quello dei secondi 40-60 ‰, e che la prova del Rivalta è negativa nei primi e nettamente positiva nei secondi, si comprende bene che, eccezione fatta per la netta linfocitosi del sedimento, il nostro liquido partecipa in minor grado dei caratteri dell'essudato ed in maggior grado di quelli del trasudato. Ora se si tratta di pleurite tubercolare, perchè non presenta nettamente tutti i caratteri di un liquido flogistico? Si può ricercarne la spiegazione nelle condizioni speciali del soggetto stesso? Voi vedete che il torace di questo malato è edematoso, come edematosi sono i suoi piedi ed il sacro. Ora se tali condizioni di stasi si hanno all'esterno del suo corpo non si può ammettere che lo stesso fatto possa avvenire entro le sue cavità sierose, specialmente là dove una flogosi può render più facile che alla essudazione si associ anche la trasudazione?

Così si spiegherebbe la densità piuttosto bassa di questo liquido, il suo scarso contenuto in albumina e la prova del Rivalta debolmente po-

sitiva. Il sedimento invece, che si ottiene centrifugando il liquido, non risentirebbe di queste condizioni di cose e sarebbe nettamente linfocitario quale noi osserviamo nei veri essudati.

La spiegazione certo è seducente; ma che io sappia non furono ancora da alcuno notate modificazioni di questo genere, che un liquido di essudazione possa subìre quando si aggiunga il fattore della stasi. Il vedere invece che il liquido ripete in maggior grado i caratteri dei trasudati che non quelli degli essudati, ci induce a pensare con maggior verosimiglianza che esso non sia in relazione con una vera flogosi della sierosa, ma con la presenza su di essa di noduli neoplastici, i quali contemporaneamente investano il mediastino ed il pericardio. Certo qualcuno potrà trovare strano che un tumore maligno abbia una evoluzione così estremamente rapida, che dia luogo ad un liquido pleurico non emorragico, che si sia svolto contemporaneamente, o poco dopo, di una forma eresipelatosa, e che fin dall'inizio, e quasi d'un tratto, abbia dato luogo a forti edemi della faccia e degli arti superiori; ma se si pensa che una parte dei sintomi deve esser stata data dalla presenza del liquido pleurico e pericardico, i quali possono essersi formati rapidamente, noi dobbiamo ritenere che la diagnosi che si può formulare sia quella di una neoplasia maligna, specialmente se si ammette che il tumore sia di natura sarcomatosa. Quanto alla prognosi trattandosi di neoplasia maligna essa è assolutamente infausta, perchè tumori di questa specie non sono operabili. Ma anche se si fosse trattato di una sierosite multipla tubercolare la prognosi avrebbe dovuto pur sempre esser molto riservata perchè non solo la compressione sulle cave è notevole, ma anche il cuore in questi casi facilmente presenta segni di sofferenza. Vero è che qui gli edemi, anche quelli degli arti inferiori ed il turgore del fegato sono più in relazione coll'ostacolo al deflusso del sangue dalle vene cave nell'orecchietta che non colla debolezza del cuore, perchè se questa fosse spiccata dovremmo avere una maggior vuotezza e frequenza del polso, una prevalenza di edemi agli arti inferiori anzi che al torace e alla faccia, fatti di stasi nel piccolo circolo ed oliguria, fenomeni tutti che mancano nel nostro soggetto; ma è certo che nella pericardite il cuore da un momento all'altro può presentare segni di debolezza, essendochè, se la mancanza di rumori, di soffi e la natura tubercolare dell'affezione possono far escludere con ogni probabilità l'esistenza di una contemporanea endocardite, viceversa non possiamo esser sicuri che il miocardio, specie nei suoi strati più superficiali, sia integro.

Come terapia sosterremo la forza del cuore coi cardiocinetici; torneremo ad aspirare il liquido pleuritico se i fenomeni di dispnea e di compressione torneranno ed essere imponenti, daremo un'alimentazione leggera, ma corroborante, e, se il liquido pericardico aumenterà, toglieremo anche questo avvertendo però che la paracentesi del pericardio non è scevra di pericoli e va fatta con molta prudenza, scegliendo come punto d'infissione del trequarti il punto più esterno sinistro ed in basso dell'ottusità.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
(prof. E. MARCHIAFAVA).

La litiasi pancreatica e il diabete zuccherino.

Nota del dott. GIOVANNI APOLLONI.

La Clinica, l'Anatomia patologica, la Patologia sperimentale hanno ormai dimostrato la connessione fra le funzioni del pancreas e il diabete zuccherino.

N. Pende nel suo trattato di Endocrinologia, nel capitolo « Patogenesi del diabete », così conclude: « Il diabete vero può considerarsi come una sin- « drome nella quale entra come condizione *sine* « *qua non* una insufficienza endocrina del pan- « creas, dalla quale dipende direttamente l'ano- « malia durevole caratteristica del ricambio dei « carboidrati, ma solo in un numero scarsissimo « di casi clinici, questa sindrome pancreatica è « pura (*diabete pancreatogeno monoglandolare*): « nella grande maggioranza dei casi l'insufficien- « za pancreatica si stabilisce sopra un fondo di « anomalie costituzionali del sistema simpatico e « del sistema endocrino, agenti talora come cause « predisponenti, altre volte come cause occasio- « nali, dello scoppio dell'insufficienza pancrea- « tica ».

La genesi pancreatica del diabete da un'alterazione della sua secrezione interna, già sospettata dai medici, venne dimostrata dalla Patologia sperimentale con il diabete nel cane, dopo l'estirpazione del pancreas. L'ipotesi che il diabete sperimentale sia la conseguenza non della mancanza del pancreas e quindi del suo ormone circolante, ma della soppressione di speciali centri nervosi, col pancres estirpati, la così detta teoria nervosa non ha più sostenitori.

Ora il caso che riguarda questa nota appartiene alla categoria del diabete pancreatogeno monoglandolare.

Si trattava di una giovane di 20 anni malata da circa un anno, con deperimento progressivo, debolezza, fame, sete intensa con poliuria (3-4 litri nelle 24 ore) e con glicosuria abbondante (6-7 %).

Fu operata di cataratta. Due o tre mesi prima della morte si manifestarono segni di tubercolosi polmonare bilaterale, che portò rapidamente alla formazione di caverne, continuando la poliuria e la glicosuria (7 % prima della morte) con acetone e acido diacetico. La morte avvene in marasma.

All'autopsia del cadavere estremamente marantico si trovò una tubercolosi ulcerosa estesa in tutti e due i polmoni, le ghiandole peribronchiali integre, il fegato di superficie liscia, non rimpiccolito, di colorito intensamente ocraceo, i reni ingranditi (gr. 200-210) con degenerazione glicogenica delle anse di Henle. Il pancreas era lungo cm. 12 ed era convertito in un canale a pareti anfrattuose e superfici liscie, dello spessore di 1-2 cm. contenente un liquido sieroso torbido con arenula calcarea. Nelle anfrattuosità erano piccoli calcoli a superficie ineguale, friabili. Un calcolo biancastro, della grandezza di un cece, a superficie ineguale, egualmente friabile, di aspetto calcareo si ritrovò nella regione della testa del pancreas, nell'interno del condotto principale. Non riuscì di penetrare dalla papilla duodenale nell'interno del condotto pancreatico.

Nelle sezioni in vari punti della parete della cisti, nella quale si era convertito il pancreas per l'occlusione calcolosa, in mezzo al tessuto connettivo, con numerosi vasi sanguigni dalle pareti ispessite, e nervi, si ritrovavano residui di tessuto pancreatico. In alcune parti il tessuto glandolare e propriamente detto era scarso mentre le isole di Langerhans erano conservate e ben manifeste; di questa se ne vedevano talora due e tre e anche più ravvicinate, di varia grandezza; ciò che dimostra che avevano sopravvissuto al tessuto glandolare. In altri punti si vedevano residui di tessuto glandolare con aumento connettivale fra gli acini e i condottini, le cui pareti erano spesse e contenevano masse ialine ed epitelî sfaldati. Vi erano estese zone delle pareti ove non si vedeva che tessuto connettivale sclerotico.

Nel fegato di colore ocraceo si notava una intensa pigmentazione emosiderinica degli endoteli e delle cellule di Kupfer, delle quali alcune erano necrotiche, altre, in mezzo alle granulazioni e i bastoncelli di pigmento lasciavano vedere il nucleo.

***

L'esame istologico del tessuto pancreatico residuale ha dimostrato adunque la presenza del tessuto glandolare acinoso alterato e sclerotico e di parecchie isole anche ben conservate e voluminose pur dove mancava il primo. Questa particolarità istologica è degna di essere notata perchè alle alterazioni conseguenti alla legatura sperimentale dei condotti escretori si è data importanza per il giudizio sulla sede della funzione endocrina del pancreas; cioè, o negli acini glandolari o nelle isole.

Ora se nel nostro caso sono manifeste e ben conservate in un certo numero le isole di Langerhans nel tessuto sclerotico, noi dovremmo concludere che essendovi stato diabete maligno letale, hanno ragione quegli autori che alle isole negano la funzione endocrina, in rapporto al ricambio degli idrati carbonio? Anche nei reni molto atrofici per nefrite cronica o per arteriosclerosi o per idronefrosi, si trovano, in mezzo al tessuto sclerotico, isole di tessuto renale, tubuli e glomeruli, ben conservati, questi spesso notevolmente ipertrofici, anche quando la morte è avvenuta per uremia. Sarebbe assurdo per questo fatto affermare che i glomeruli e gli epitelî dei reni non hanno la funzione depuratrice dell'organismo. In ambedue i casi si tratta di sopravvivenza o di parziale rigenerazione dei tessuti, le quali non bastano a sostenere la funzione specifica secondo i bisogni dell'organismo, onde la morte per insufficienza funzionale del pancreas o dei reni. Ora da parecchi autori, fra i quali il Pende, si ritiene che la secrezione interna del pancras sia una proprietà comune così al tessuto acinoso come al tessuto insulare.

***

Nel nostro caso è inoltre da notarsi l'intensa emosiderosi del fegato. La colorazione ocracea dipendeva, come si è detto, da un'intensa pigmentazione emosiderinica delle cellule stellate di Kupfer e degli epitelî. Nelle cellule epatiche non si trovò alcuna pigmentazione. Non vi era aumento del tessuto connettivo. Il pigmento dava evidente la reazione del ferro. È dunque una pigmentazione emosiderinica circoscritta agli endotelî ed alle cellule stellate.

È noto che nel diabete è stata descritta una pigmentazione rugginosa del fegato con epatite cronica ipertrofica, raramente atrofica, chiamata dalla scuola francese cirrosi pigmentaria. Il pigmento ocraceo in zolle si trova nelle cellule stellate, nel tessuto connettivo e nelle cellule epatiche. Questa malattia occorre in soggetti spesso alcoolisti e decorre con deperimento rapido, con poliuria, glicosuria, spesso con tubercolosi terminale e con una tinta bronzina della cute da simulare quella del morbo di Addison dal quale si distingue per l'assenza di eguale pigmentazione nelle mucose. Di questo diabete bronzino Marchiafava ricorda di averne veduto un caso in un uomo di media età, forte alcoolista, con glicosuria abbondante, fegato ingrandito e indurito e tinta bronzina della cute.

Il caso nostro dimostra che nel diabete grave la pigmentazione emosiderinica anche intensa del fegato può essere primitiva, indipendentemente cioè da alterazioni anatomiche di altra natura come la cirrosi atrofica o ipertrofica.

La litiasi pancreatica, anche non provocando diabete, può essere causa di alterazioni letali come per esempio quando ne viene la compressione del condotto coledoco. Molti anni or sono Marchiafava osservò uno di questi casi, ricordato da Giudiceandrea nella sua memoria sulla litiasi pancreatica. Si trattava di un carrettiere di 74 anni con itterizia da ritenzione cominciata da tre mesi e morto con una sindrome di ittero grave senza zucchero nelle urine. All'autopsia si trovò nella testa del pancreas una cisti ripiena di calcoletti e di un liquido torbido, comprimente il condotto coledoco. Il condotto pancreatico era poco dilatato e il corpo e la coda del pancreas erano ben conservati con numerosi focolai di necrosi del grasso peripancreatico.

Come si è detto in principio, il nostro è senza dubbio un caso di diabete pancreatico monoglandolare perchè la sola litiasi provocò l'atrofia dell'organo, litiasi, la quale finora nessuno ha pensato possa avere relazione con alterazioni funzionali di altre glandole endocrine. E l'atrofia pancreatica diabetogena da calcolosi è un esperimento *in optima forma* eseguito dalla natura.

NOTE E CONTRIBUTI.

Manifestazioni rare nella tiroidite.

Prof. MARIO FASANO.

La rarità della tiroidite acuta è abbastanza relativa per poter costituire argomento di speciale trattazione. Tuttavia esistono casi che ad essa si riferiscono, i quali presentano elementi speciali, che opportunamente rilevati e vagliati possono concorrere a dare sempre una nuova impronta a questa forma morbosa. Ciò specialmente in rapporto allo stato della ghiandola colpita.

In fatti la tiroidite acuta può insediarsi sia su di una ghiandola normale, sia su di una ghiandola alterata o per neoplasia o per ipertrofia, ne deriva per conseguenza che la sindrome ed il decorso della malattia dovranno variare a seconda dello stato dell'organo sul quale si è sviluppato il processo infiammatorio. A parte i sintomi generali comuni a tutte le infezioni come il brivido, la febbre, il dolore locale, ecc., possono esistere pure altri sintomi, che sono in relazione dello stato anatomico dell'organo colpito.

Risponde a queste considerazioni un caso testè occorsomi e che voglio succintamente riferire.

Riguarda una donna di robusta costituzione sui trentanni, maritata con prole vivente e sana. Nulla di importante nell'anamnesi remota.

Da circa quindici giorni l'a. aveva avvertito un leggero indolentimento nella regione sottoividea di sinistra, la quale era leggermente aumentata di volume.

Impressionata da questa constatazione ed anche perchè la lieve tumefazione era andata aumentando di consistenza, facendosi maggiormente tesa e dura, si decise di venire a consultarmi.

Notai subito alla regione sottoividea sinistra una tumefazione del volume di un piccolo uovo, di consistenza dura, lignea con pelle soprastante alquanto aderente ma ancora spostabile. Alla puntura esplorativa estrassi qualche goccia di liquome siero-ematico.

All'esame generale rilevai notevole tachicardia, polso sino a 13 battiti, tremore agli arti superiori, leggero esoftalmo, sintomo di Moebius, non Stellwag, non Graefe.

Consigliai alla paziente applicazioni caldo umide e di farsi rivedere dopo qualche giorno. vengo richiesto d'urgenza presso l'ammalata.

Non sto a descrivere la sindrome che presentava, basti dire che era in preda a continui la ferita prodotta dall'incisione era completaaccessi di soffocazione, con colorito cianotico bluastro, tanto che seduta stante dovetti inter-

ventre con l'aprire ampiamente sulla linea mediana la tumefazione al collo che dalla parte si-
Improvvisamente dopo una quindicina di giorni e gradatamente lo stato generale. Dopo un mese nistra erasi estesa sino alla destra essendo aumentata notevolmente di volume. Dall'incisione fuorusci pus in abbondanza frammisto a cenci necrotici.
Migliorarono subito le condizioni del respiro mente cicatrizzata.

Ho voluto riferire in modo riassuntivo il caso occorsomi perchè si presenta interessante sotto un duplice aspetto. Innanzi tutto per il fatto della presenza dei fenomeni Basedowiani, che per quanto non numerosi al punto da costituire una vera sindrome di Basedow bastavano per se stessi a costituire però la base di una diagnosi di forma frusta di morbo di Basedow. Ora questi sintomi erano preesistenti all'affezione infiammatoria del tiroide, oppure eransi manifestati per effetto e quindi in conseguenza della flagosi tiroidea? In altre parole si trattava di una tiroidite in Basedow oppure di un Basedow da tiroidite?

A queste domande non potrei rispondere non avendo avuto occasione di visitare la paziente prima dell'affezione tirodea e non avendo potuto ricavare dall'anamnesi alcunchè che mi potesse far sorgere il sospetto della preesistenza dei sintomi. L'altro lato interessante dell'osservazione in questione è rappresentato dalla completa scomparsa dei sintomi a guarigione avvenuta della tiroidite.

Ciò si potrebbe chiaramente spiegare con la distruzione completa del lobo tiroideo affetto da parte del processo settico, dimostrata dall'eliminazione come per sequestro di cenci necrotici gangrenosi attraverso l'incisione praticata. Si produsse una enucleazione spontanea del lobo tiroideo ipertrofico ottenendone lo stesso effetto che si suole ottenere in questi casi con la emistrumectomia.

Dalle ricerche da me fatte nella letteratura non mi sembra che osservazioni del genere siano molto frequenti. Ho voluto però con questa mia breve nota non presentare un caso raro, ma richiamare l'attenzione degli osservatori su questa possibile eventualità acciocchè con la disamina attenta e minuta di qualche altro caso possano aversi ulteriori contributi su questo importante argomento ed ottenere la risoluzione della interessante questione.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La somministrazione periodica e prolungata della digitale nei tubercolotici polmonari ipotesi.

R. BURNAND. *Archives des Maladies du Coeur, des Vaisseaux et du Sang*, settembre 1919:

L'O. osserva che il prognostico della tubercolosi polmonare è tanto più grave quanto più bassa è la pressione arteriosa. Ipotensione vascolare e tubercolosi polmonare reagiscono l'una sull'altra con un'azione nefasta, poichè da un lato la depressione vascolare s'accentua per l'intossicazione tubercolare e dall'altro la lesione bacillare sia acuta che cronica si avvia più o meno rapidamente all'esito fatale. Il tubercoloso ipoteso ha un aspetto caratteristico: magro, leggermente dispnoico, subcianotico con le orecchie e le gote congestionate e le mani violacee; all'ascoltazione del torace presenta lesioni di estensione e gravità variabili, all'esame del cuore il 1° tono è debole, il 2° spesso sdoppiato; il polso è frequente, 100-120, piccolo, instabile spesso irregolare; la pressione arteriosa massima misura 13-12-11 cm., la minima 9-8-6 cm. e anche meno. È generalmente febbricitante ed ha profusi sudori notturni, con ipotermia mattutina susseguente, la quale è meno spiccata nelle lesioni poco avanzate. Basta un leggiero sforzo per turbarne l'equilibrio e provocarne crisi di palpitazione, accessi d'aritmia, elevazione febbrile e perfino una *poussée* congestiva, un'estensione delle lesioni, favorite dall'improvviso abbassamento della pressione nei vasi viscerali, specialmente nei capillari polmonari. Si aggiunga la gravità estrema delle emottisi nei tubercolosi ipotesi e ci si renderà conto dello stato precario del malato, compromesso dall'insufficiente ematosi, dall'intossicazione, per cui non è possibile la riparazione delle lesioni polmonari e il malato viene più o meno rapidamente a soccombere.

Fra i medicamenti adoperati dai fisiologi hanno dato buon giovamento l'olio canforato e il solfato di stricnina, che secondo l'autore, accanto a un'azione stimolante generale, hanno anche un'azione tonica vascolare, per cui esercitano un'azione modificatrice diretta sui processi di congestione cronica, la quale aggraverebbe lo stato dei tubercolosi ipotesi. La digitale, che ha un'azione tonica vascolare sicura e potente, potrebbe perciò essere utilmente impiegata. Questo medicinale fino a pochi anni fa soleva prescriversi soltanto ai tubercolosi con lesioni valvolari mal compensate concomitanti, ai tubercolosi enfisematosi colpiti d'asistolia acuta e negli ultimi stadî della malattia. Ma le dosi anche mas-

sive di digitale somministrata pressochè *in extremis* avevano poco o niun effetto. Burnand, profittando degli studi di Huchard e di Merklen, per cui la digitale negli iposistolici permanenti affetti da lesioni valvolari può essere somministrata senza inconvenienti in dosi periodiche minime per settimane, mesi ed anni, e che secondo i lavori di Mayor di Ginevra può essere prescritta in modo continuo anche nei cardiopatici compensati, pensò di applicare sistematicamente la cura digitalica continua nei tubercolosi ipotesi, ciò che anche altri avevano fatto, ma senza una direttiva precisa. Egli ha impiegato la digitale nei tubercolosi ipotesi sistematicamente e in modo discontinuo per 5-6 anni, e ha notato ristabilimento dell'equilibrio organico e delle forze dei malati, un aumento del valore di difesa naturale dell'organismo e una più facile riparazione delle lesioni polmonari.

La digitale è indicata specialmente nei tubercolosi ipotesi, tachicardici, qualunque sieno la qualità e l'estensione delle lesioni, e nell'iniziare la cura più che della bassa pressione fornita dagli strumenti speciali va tenuto conto specialmente del quadro, sopra descritto, del tubercoloso ipoteso.

L'A. riporta alcuni casi nei quali ebbe un effetto notevole, caratterizzato dalla caduta completa della temperatura, dall'elevazione discreta della pressione, dalla scomparsa della cianosi, dalla minore frequenza delle emottisi. A proposito di queste egli crede che la digitale somministrata in modo continuo abbia un valore preventivo e curativo superiore agli altri mezzi terapeutici, appunto perchè combatte l'ipotensione vascolare, la quale favorisce il ripetersi delle emottisi.

Mentre la digitale agisce poco o punto durante le crisi terminali di follia cardiaca nei tubercolosi cachettici, nei quali la fibra cardiaca è degenerata, produce invece una benefica influenza nei tisici trattati precocemente con la digitale, allorchè la fibra miocardica conserva una certa vitalità. In fatti si vedono in tali casi diminuire la dispnea e la cianosi, ritorna il colorito, le forze si risollevano, il polso diviene più lento per l'elevarsi della pressione di 1-2 cm., i fenomeni ascoltatori polmonari migliorano notevolmente e s'attenuano e scompaiono i sudori notturni.

La posologia della digitale è fornita dagli insegnamenti di Mayor, il quale consiglia come tipo di cura digitalica discontinua la polvere di foglie di digitale alla dose di gr. 0,10 da prendersi tre giorni di seguito per ogni dieci. In pratica si consiglia al malato di prendere questa dose nei giorni 1, 2, 3, 11, 12, 13, 21, 22, 23 di ogni mese. Si può adoperare l'estratto fluido, di cui si somministrerà un numero di gocce equivalente a 0,10 di polvere di foglie. Secondo la formola di Merklen si può somministrare la digitalina cristallizzata alla dose di 1/4 di milligrammo ogni settimana. L'A. ha adoperato la digitale dializzata alla dose di 10-15-20 e anche 40 gocce, secondo il grado di debolezza miocardica o vascolare per tre giorni ogni dieci. Venti gocce di questo preparato equivalgono a 0,10 di polvere di foglie. Egli soleva associare alla digitale un vaso-costrittore, l'ergotina dializzata, il Secalan, alla dose di 10-15-20 gocce.

Naturalmente questa cura discontinua digitalica deve essere suffragata dagli altri mezzi terapeutici, che contribuiscono all'elevazione della pressione e alla decongestione dei polmoni: riposo assoluto nei febbricitanti, riposo relativo nei subfebbricitanti, moto moderato negli apiretici, iniezioni d'olio canforato, ecc. L'A. nota infine che la digitale pur non essendo il rimedio della tubercolosi, pure essa deve prendere nella cura della tubercolosi un posto più importante di quello finora assegnatole, poichè essa come cardiotonico combatte l'ipotensione che è uno degli elementi più costanti e nefasti della tubercolosi e che ne aggrava il prognostico.

CESETTI.

CHIRURGIA.

L'accumularsi di accidenti spiacevoli nell'anestesia lombare.

HOSEMANN: *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1920, n. 3. (Dalla Clinica chirurgica di Rostock).

L'A. accenna al lavoro di Kirschner il quale pubblicò in questi ultimi tempi una serie di accidenti spiacevoli nell'anestesia lombare, lamentando numerosi insuccessi, gravissimi fenomeni concomitanti fino al collasso ed all'arresto respiratorio (un caso di morte), ed effetti consecutivi di lunga durata (cefalee).

Un altro autore, Flörcken notò pure cefalee frequenti e gravi con fenomeni di eccitazione meningea. Questi fenomeni furono messi in rapporto colle piccole particelle di metallo, staccatesi dalla siringa (metallo di guerra), e sparirono quindi col previo lavaggio degli strumenti. Flörcken attribuisce ai casi di Kirschner una medesima causa che, secondo il parere dell'A. non è giusta; l'A. l'ammette per gli effetti tardivi, la nega però nel caso d'insuccesso e di fenomeni accessori.

Calmann attribuì il peggioramento dei suoi resultati all'uso del medicamento in fiale (novocaina-soprarenina Höchst), il quale peggiorò durante la guerra, e constatò miglioramento adoperando invece delle compresse da disciogliere.

M. v. Brunn, il quale non riscontrò insuccessi totali dell'anestesia, attribuisce l'aumento dei disturbi subiettivi al maggior numero dei danneg-

giati di guerra fra i suoi pazienti, i quali — al contrario dei minatori — inclinano sempre al malcontento e ad una sensibilità esagerata.

L'A. riscontrò soltanto fenomeni tardivi, cioè lievi cefalee, le quali passarono dopo un'abbondante somministrazione di liquido. Non osservò insuccessi totali e fenomeni accessorii. Questo accadde dopo una nuova spedizione di fiale: ed ebbe il suo rimedio cambiando il preparato, cosa già osservata nella Clinica chirurgica di Rostock col preparato francese « stovaina Billon », il quale si dovette abbandonare per un verificarsi inusato di cefalee, conseguenti all'anestesia lombare; sebbene è questo preparato già in uso da anni, adoperato in circa 3000 casi, controllato con l'esame chimico e batteriologico non fece rilevare alterazioni. Si cambiò la « stovaina-Billon » con « novocaina Höchst » la quale venne poi sostituita con tropococaina (di Pohl in Schönbaum): di questo l'A. si dice contento. Per l'A. è indubbio che questi peggioramenti periodici vengano causati da alterazioni del preparato, che avviene più facilmente nelle soluzioni in fiale, forse sotto l'influenza del vetro, che nei preparati solidi. Per questo motivo l'A. abbandonò del tutto la soprarenina che si decompone facilmente. Non vorrebbe però abbandonare l'anestesia lombare, che ha grandissimi vantaggi malgrado i progressi dell'anestesia locale.

Per fortuna gli accidenti così gravi come li notò Kirschner negli effetti accessori (ed ancora nei casi d'insuccesso!) sono rari (la clinica di Rostock in oltre 5000 casi di anestesia lombare non ebbe nessun caso di morte) e non trovano una spiegazione soddisfacente nella oscillazione dei preparati. Per ottenere paralisi respiratoria con collasso, l'influenza dell'anestetico doveva arrivare troppo in alto dipendendo questi fenomeni accessorî gravissimi della partecipazione del midollo allungato e del quarto ventricolo. Forse disgraziatamente ambedue i fattori s'incontrarono in quei casi, non potendo ancora dominare l'altezza dell'influenza analgetica. Così si osservano casualmente con la comune anestesia lombare analgesie estese a tutto il tronco e ad ambedue le braccia senza alcun sintomo inquietante. Secondo l'A. la quantità di 3 cmc. di novocaina, adoperata da lui, non è capace di cagionare disturbi — come sostiene Brunn — anche per la grande massa del liquido cefalorachidiano (al contrario degli esperimenti sugli animali). È più probabile che un involontario scolo esagerato di liquido produca dei danni; si possono così avere effetti spiacevoli sui segmenti più alti (specialmente nella posizione alta del bacino), i segmenti più bassi invece possono rimanere poco colpiti, come l'A. osservò eccezionalmente in qualche caso d'operazione perineale (insuccessi con fenomeni accessori). In soggetti a pressione cefalo-rachidiana diminuita, l'anestesia lombare può divenire persino un intervento pericoloso: così l'A. ebbe nel caso d'una frattura vertebrale antica, con paraplegia spastica — in cui la pressione del liquido era ridotta alla metà del normale — un collasso gravissimo dopo l'anestesia lombare, senza disturbi respiratori; il malato si rimise presto mediante inalazioni di ossigeno, iniezioni di canfora e fleboclisi. Kothe ebbe in due casi di collasso gravissimo (arresto respiratorio, scomparsa della pulsazione cardiale dei irflessi corneali) con l'infezione intravenosa di epirenina (3/4-1 cmc.) un successo totale. Normalmente non si presentano simili accidenti, se si eseguono solo operazioni sottoombelicali con anestesia lombare. Secondo gli esperimenti dell'A. in accordo con Mori e Verth, l'anestesia lombare non produce di regola nell'uomo così notevoli abbassamenti della pressione sanguigna come nell'animale. Però in quasi tutti i casi di fenomeni accessorî (malessere, vomito, collasso, ecc.) l'A. notò un'abbassamento temporaneo della pressione sanguigna.

I disturbi più frequenti dopo l'anestesia lombare sono le cefalee di lunga durata, che prima non potevano essere domate con alcun mezzo. Questi casi dovrebbero sempre essere analizzati secondo Quincke con una puntura lombare secondaria in decubito laterale ed hanno secondo l'A. diverse cause. Una parte (fra i casi dell'A. 17 %) è basata su fenomeni di eccitazione, « meningismo », ed è accompagnata da aumento della pressione del liquido, con aumento di albumina e di cellule (molti leucociti polinucleari). Sono questi casi di una meningite lieve, asettica, ai quali appartengono anche quelli cagionati dalla presenza nel liquido iniettato di particelle di metallo della siringa, da soluzione di soda o da anestetici decomposti. Vengono guariti mediante una puntura lombare (eventualmente ripetuta) con la evacuazione di liquido in tale quantità, che la pressione normale sia ristabilita: inoltre purgando il paziente e producendo una diuresi abbondante. Negli altri casi la puntura lombare dimostra un notevole abbassamento della pressione del liquido (talvolta fino a valori negativi!) con un contenuto cellulare minimo ed un piccolo aumento d'albumina. Praticando anche in questi casi un'evacuazione di liquido, senza critica e senza controllo, o dando un purgante drastico, si ha peggioramento; mentre si ha guarigione in poche ore somministrando abbondante quantità di liquidi in modo da ristabilire il compenso. Se c'è una disposizione a recidive, si ripete la somministrazione di liquidi. Questa terapia, dice l'A. non ebbe mai insuccessi, anche nei casi delle cefalee più ostinate: mancano però fin'ora controlli e conferme. L'A. osservò un'abbassamento della pressione tanto dopo la stovaina quanto

dopo la novocaina. L'A. si domanda poi, come è possibile dimostrare una pressione lombare negativa con i comuni mezzi.

Nel caso di pressione lombare negativa, dopo la puntura non esce liquido spinale, sebbene si sia percepito il caratteristico scricchiolio che si sente nel trapassare la dura. Un manometro unito alla canula ci indicherebbe subito la pressione negativa: eguale servizio ci fa però anche il semplice tubo di vetro di Quincke. Aggiungendolo, e facendo tossire o premere il paziente, il liquido entra nel tubo, sorpassa il punto di O (punto della puntura) per abbassarsi subito a valori negativi. L'oscillazione del livello col polso e col respiro, il salire ed abbassarsi tossendo e premendo o comprimendo le vene giugulari, dimostra la comunicazione libera del tubo collo spazio subaracnoideo.

L'A. osserva infine che, con una certa esperienza, si può distinguere già clinicamente l'aumento o l'abbassamento della pressione cefalorachidea. Il rapido aumento dei disturbi, la rigidità della nuca, sintomo di Kernig, ecc. si trovano soltanto nei casi d'aumento della pressione (« meningismo »), cosicchè l'A. ha potuto curare con successo i casi più leggeri di cefalee, anche senza la misura della pressione, mediante la somministrazione di liquidi. Ma sono i casi di cefalea grave, protratta per settimane con vertigini, malessere, vomito, fino al rifiuto del cibo (diminuzione della quantità dell'urina!) senza i sintomi speciali della meningite, i quali secondo l'A. vengono causati da diminuzione della pressione, sino a valori negativi.

BLÜH.

MEDICINA LEGALE.

La prova della vita extrauterina.

Nuovi metodi di docimasia polmonare.

Non bisogna domandare alla comune docimasia polmonare idrostatica più di quello che può dare: in caso contrario ci si può esporre a falsi risultati ed interpretare come avente funzionato un polmone che, per es., putrefatto galleggia nell'acqua in cui è stato gettato.

La putrefazione gassosa è infatti, per comune consenso dei medici legali, ritenuta una delle cause più importanti che vengono a snaturare la prova della docimasia idrostatica: ne viene in conseguenza la necessità di preventivamente togliere dal polmone in esame i gas putrefattivi sempre interlobari, mai intraalveolari: di qui i vari processi di compressione tutti portanti al risultato di vuotare il polmone anche di una certa parte dell'aria residuale e il ritorno alla causa di errore *polmone non galleggiante pur avendo respirato.*

Icard (*Gazette des Hôpitaux,* 1919, n. 61) insiste sui propri metodi coadiuvanti l'antica docimasia idrostatica in quanto essi metodi sono capaci di rivelare la presenza dell'aria in ogni polmone che abbia respirato anche quando questa quantità di aria sarebbe insufficiente per assicurare alla prova idrostatica il galleggiamento spontaneo del polmone.

Il primo metodo — *dilatazione alveolare* — ha per base, come i seguenti, la presenza costante di una certa quantità di aria in ogni polmone che abbia respirato anche quando il polmone discende nel fondo dell'acqua. L'aria imprigionata negli alveoli come in tanti palloncini elastici può esser messa in evidenza:

1° Con la dilatazione alveolare mediante immersione nell'acqua calda: si fa bollire un litro d'acqua; si ritira dal fuoco il recipiente e, cessata l'ebollizione, vi si gettano i pezzi di polmone caduti nel fondo dell'acqua fredda. Se il polmone ha respirato, il pezzo aumenta di volume, l'aria imprigionata si dilata, si distacca dal fondo e viene alla superficie;

2° Con la dilatazione alveolare mediante l'aspirazione: in un tubo di vetro pieno d'acqua si gettano i pezzi facendo il vuoto con una siringa attraverso il turacciolo: se il polmone ha respirato, aumenta di volume, diminuisce il peso specifico ed essi vengono alla sommità del tubo;

3° Con la dilatazione alveolare mediante l'aspirazione, ma applicando un peso al pezzo in esame: in tal caso aspirando e poi cessando l'aspirazione il polmone aumenta prima di volume poi diminuisce proprio come se fosse soggetto a bruschi movimenti di inspirazione ed espirazione (sempre quando il polmone abbia contenuto dell'aria).

Un altro metodo — *compressione alveolare* — è la controprova del precedente: determinando il galleggiamento del polmone ed aumentando poi la pressione, il pezzo diminuisce di volume e discende.

Nel terzo metodo — *dissoluzione del polmone con la potassa caustica* — se il polmone ha respirato, immerso in soluzione alcoolica di potassa dà luogo prima alla comparsa come di un minuscolo grappolo a grani duri e fitti, poi si trasforma in una massa spumosa. Fatto che non si verifica se il polmone non ha respirato.

Col quarto metodo — *docimasia ottica per schiacciamento dei lobuli* — le fini bolle di aria la cui presenza è costante in ogni polmone che abbia respirato, fanno assumere ad un sottile pezzo schiacciato fra due vetrini l'aspetto di un vetro smerigliato traversato da raggi luminosi.

Il quinto metodo — *liberazione ed imprigionamento dell'aria alveolare* — comprende due processi: nel primo la liberazione dell'aria è

fatta per via estratoracica, mantenendo i pezzi sott'acqua e schiacciandoli con le dita, nel secondo per via intratoracica come per una puntura esplorativa.

Il sesto metodo si basa sulla constatazione della retrazione di cui gode un polmone dopo che i suoi alveoli per penetrazione d'aria siansi dilatati, mentre il polmone di un nato morto all'apertura del torace resta immobile come il fegato e la milza all'apertura dell'addome.

I processi per la constatazione di tal segno sono molteplici e spesso sono utilmente uniti alla docimasia polmonare idrostatica: retrazione polmonare e galleggiamento del polmone devono andare di pari passo.

L'A. conclude insistendo sulla grande praticità di tali metodi.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche. Milano.

Seduta del 16 gennaio 1920.
Presidenza: Prof. DEVOTI.

Cutireazione nel primo trimestre di vita.

C. CATTANEO. — Mentre anche in lavori recentissimi si nega la possibilità di cutireazioni positive in bambini al di sotto di tre mesi di vita, l'A. che già in precedente lavoro aveva riferito di casi personali positivi a 15-20 giorni, in bambini di madri tubercolose, riunendo anche le osservazioni analoghe — non molte — della letteratura, nella sua comunicazione riferisce su 215 cutireazioni praticate in bambini dalla nascita a tre mesi di vita. Ha avuto una volta cutireazione fortemente positiva tanto alla tubercolina umana che bovina nella prima decade (9 giorni); cinque volte nella seconda decade; in complesso reazioni positive nel 23 % dei casi. Scindendo poi i bambini nati da madri sicuramente tubercolose, da quelli con madre sana e gentilizio malsicuro nei rispetti della tubercolosi ha avuto nei primi (92) il 29,3 % di reazioni positive, nei secondi (123) il 18,2 %.

L'A. tenuto presente che è pacifico che la cutireazione abbia nei piccoli bambini valore grandissimo per la diagnosi di terreno tubercolare, tenuto presente che il tempo necessario tra infezione e reazione è valutato dai vari autori non inferiore ai due mesi certamente, prospetta la possibilità che nei casi delle prime decadi l'infezione (lieve) sia congenita e si domanda se non sia da sottoporsi a revisione la teoria assolutista del contagio nella eziologia della tubercolosi del lattante, riferendo infine di un caso di tubercolosi diffusa con lesioni anatomiche a tipo cronico in bambino di due mesi.

Del valore semeiologico di alcuni fenomeni cavitari nell'infanzia.

C. L. RUSCA. — L'O. ha studiato sulla scorta di numerose osservazioni, i vari sintomi cavitari nell'infanzia, al fine di riconoscere se essi siano applicabili anche alla semeiologia infantile e se possa ad essi riconoscersi il medesimo valore che hanno nella clinica degli adulti.

L'O. passa in rivista i vari sintomi cavitari (rumore di pentola fessa, respiro anforico, metallico, fenomeno di Wintrich, di Gerhardt, di Friedrich, ecc.), ne discute l'applicabilità (scarsissima per taluni come quello di Gerhardt) pel rilievo di caverne o di escavazioni polmonari nell'infanzia; dimostra come generalmente per la loro produzione si richieggano condizioni fisiche ed anatomiche che assai spesso fanno difetto nel bambino (ampiezza della caverna, sua comunicazione con una diramazione bronchiale, relativa levigatezza delle pareti, contenuto idroaereo, variabilità del medesimo per effetto della espulsione, che avviene sotto frequenti colpi di tosse; e ciò in rapporto al fatto che di solito nell'infanzia le lesioni distruttive polmonari hanno più rapida evoluzione, al fatto che le caverne si ritrovano per lo più quasi sempre ripiene di blocchi caseosi, al fatto infine che nella tisi infantile assai sovente la tosse fa difetto, ecc.

L'O. si sofferma poi sopra le cause d'errore che nel bambino possono rendere fallace il rilievo di due sintomi cavitari: il *rumore di pentola fessa* che per la grande vibrabilità del torace infantile si può riscontrare in condizioni affatto normali e diffusamente, percuotendo ad es., il torace di un bambino che emetta grida e strilli, ed infine il *fenomeno di Wintrich*, che egli ha potuto mettere in evidenza in casi nei quali l'esame clinico, radiologico, il decorso della malattia, ed infine, talora anche, il reperto necroscopico facevano escludere in modo assoluto l'esistenza di escavazioni polmonari; interpreta questo fatto invocando la grande vibrabilità (anche ad una percussione lievissima) del torace infantile, la quale quando esistano zone di addensamento polmonare (sclerosi, infiltrazione, empiemi interlobari, ecc.) favorisce la produzione del fenomeno tracheale di William, il quale acusticamente simula la esistenza della variazione di suono di Wintrich, e ciò anche percuotendo zone toraciche relativamente lontane dalla trachea e dai grossi bronchi.

L'O. dopo aver indicate alcune modalità di tecnica che gli servivono nella ricerca di quei segni semeiologici, conclude affermando che nell'infanzia e specialmente nella prima infanzia, si dovrà andare assai cauti nel formulare la diagnosi di caverne polmonari, la quale non dovrà ad ogni modo essere mai basata sulla esistenza di un solo sintomo, ma dovrà derivare, ed ancor ancor più che negli adulti, dal complesso dei sintomi fisici, qualora essi siano sicuramente rilevabili, corredati sempre, ove ciò sia possibile, dai preziosi reperti che nella maggioranza dei casi fornisce l'indagine radiologica.

Carcinoma metastatico della coroide.

ROLANDI S. — L'O. riferisce sopra il caso di una donna, di 55 anni, la quale operata un anno fa di amputazione della mammella sinistra con svuotamento del cavo ascellare per carcinoma fu ricoverata in ospedale il 4 ottobre 1919 per un neoplasma all'occhio destro. Due mesi innanzi essa aveva notato improvvisa perdita della vista in detto occhio e dopo una quindicina di giorni insorse stato glaucomatoso e nevralgia intensa insediantesi dall'occhio alla nuca.

Effettuata l'enucleazione ed aperto il bulbo oculare si riscontrò tumore di forma appiattita, di spessore notevole, che occupava quasi interamente la metà interna del bulbo.

All'esame microscopico risultò trattarsi di un carcinoma a tipo adenomatoso.

L'O. eseguendo una rapida rassegna dei casi finora studiati di cancro metastatico della coroide, mette in rilievo la particolarità che mentre il cancro metastatico della coroide dipendente dalla ghiandola mammaria, suole avvenire tardivamente ed in generale molto tempo dopo che è stata praticata l'esportazione della mammella, il cancro della coroide derivante da altri organi, per lo più polmone, stomaco ed intestino, è in generale assai precoce e in taluni casi fu la spia di cancri latenti che fino allora non avevano provocato alterazioni tali negli organi affetti da tradire la loro presenza.

LUIGI PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Possibilità di lunga sopravvivenza con scarsa funzionalità renale.

James P. O' Hare osserva in *The Journal of the American medical Association* (26 luglio 1919) che è comune abitudine considerare la nefrite cronica come un processo fortemente progressivo, e di predire con certezza una brevissima durata di vita, quando le funzioni renali siano vicine a zero. Contrariamente a ciò l'A. ha potuto constatare in parecchi pazienti la sopravvivenza, in tali condizioni, per tre o quattro anni. Egli riferisce abbastanza estesamente la storia clinica di due di tali casi.

Nell'uno si tratta di una nefrite, che, iniziatasi probabilmente da una scarlattina a 9 anni, si era prolungata per 18 anni, passando attraverso a varie fasi. Rispettivamente 9 e 10 anni dopo il supposto inizio, il paziente aveva avuto delle esacerbazioni acute (almeno così l'A. crede di interpretarle). Nello stesso tempo e succesisvamente l'apparecchio vascolare, compreso quello renale, cominciò ad avere una parte sempre più preponderante nel quadro. Quando il paziente venne per la prima volta osservato dall'A., a 14 a. dall'inizio della malattia, aveva un rene nettamente sclerotico con funzione renale poverissima. Tre anni prima della morte la prova renale delle due ore mostrò uno stato di lesione assai avanzato del rene. L'escrezione di fenolsolfoftaleina in questi anni solo una volta raggiunse il 18 % e nell'ultimo anno di vita rimase praticamente a 0. L'azoto urico del sangue rimase sempre sopra a 50, circa 4 volte il valore medio normale. Nell'ultimo anno la creatinina del sangue rimase sempre attorno ai 10 mg. Eppure, nonostante questa estrema inefficienza renale, stette relativamente bene pei tre anni e un quarto.

Ciò è indubbiamente dovuto al fatto che il processo nel parenchina renale era rimasto inattivo e che nulla avvenne per riattivarlo.

La cosa importante da notare è che negli ultimi dieci anni la malattia rimase intieramente vascolare, con alterazioni vascolari più gravi fuori che entro il rene. La funzione renale, per quanto bassa, era sufficiente fino a che delle infezioni (polmonite e pleurite, endocardite) venissero a rompere il filo sottile che la manteneva.

Il secondo caso riguarda una nefrite cronica che iniziatasi apparentemente con un processo acuto nel 1908 ebbe delle riaccensioni nel 1911 e nel 1914. Nella seconda volta il processo era assai grave con funzioni renali praticamente nulle. In seguito l'attività del processo degenerativo fu

relativamente lieve. L'A. richiama l'attenzione sul fatto che negli ultimi 5 anni l'escrezione di fenolsoftaleina non fu mai sopra al 14 % e il più del tempo molto più vicino a 0, e che l'azoto ureico del sangue fu 4 o 5 volte la media normale. È difficile determinare esattamente perchè questo paziente sia sopravvisuto per cinque anni con funzioni renali tanto estremamente basse. In contrasto alla vita accuratamente regolata del primo paziente, questo secondo fece tutto ciò che un malato di reni non dovrebbe fare, almeno fino al 1917: p. e. bevve quanto potè. Rimase, del resto, sorprendentemente libero da infezioni che avrebbero potuto spezzare quel poco di tessuto renale funzionante che rimaneva. Si deve concludere che appunto questo residuo di rene fu sufficente a tenerlo in vita, fino a che la malattia vascolare dentro i reni assunse tale estensione, che nelle ultime poche settimane molti vasellini si trombizzarono, e con ciò i glomeruli alle loro dipendenze furono posti fuori d'azione.

Questi due casi, concludendo, dimostrano la possibilità di una esistenza prolungata con un grado eccessivamente basso di funzione renale. L'unica spiegazione possibile è che la malattia durante questo tempo fu puramente vascolare. La polmonite direttamente o indirettamente ebbe una parte importante nella morte del primo paziente. La obliterazione trombotica di glomeruli essenziali fu responsabile della morte del secondo.

Le prove eseguite assai poco servirono per indicare la prognosi.

SEB.

La congestione ileopelvica.

F. Cathelin (*Paris méd.*, 2 ag. 1919) riunisce sotto tale denominazione i casi clinici che venivano dapprima ritenuti psicopatici urinari. L'urina è limpida; i pazienti hanno tendenze a varicocele, emorroidi, varici degli arti inferiori. Essi accusano dolori profondi, ottusi o lancinanti al perineo, ai testicoli, alla radice del pene, oppure battiti o formicolii, causati dalla pressione delle vene dilatate sui nervi.

La minzione può osservarsi talvolta solo dopo un po' di tempo che il paziente vi si è accinto; il getto può essere debole ed arrestarsi prima della fine. Il paziente è incapace di urinare in presenza di altri e talvolta può farlo solo in posizione accosciata.

Esso ha frequente stimolo durante il giorno, e nulla invece di notte; alcuni hanno anche anomalie di erezione o di ejaculazione o sensazioni penose alla regione pelvica .

Si notano stigmate di degenerazione nervosa, come anormale mobilità del bulbo oculare, strabismo, orecchie allontanate, arco palatino alto, insensibilità del faringe, campo visuale basso, segni di sifilide congenita od acquisita.

I risultati del trattamento si ottengono assai lentamente. Sono da consigliarsi abitudini regolari di vita e di vitto, evitando un'esistenza troppo sedentaria, o molto eccitante: utile è la suggestione da sveglio, persuadendo l'ammalato che non si tratta di affezione nè chirurgica, nè grave. Si prescriverà l'estratto di valeriana (3-5 cg. al giorno) il veronal, cloralio o sulfonal a dosi modiche per la notte; l'estratto fluido di hamamelis (30 goccie al giorno in 2 volte prima dei pasti principali), qualche infuso diuretico, e qualche lassativo il trattamento faradico o galvanico (elettrodi al perineo ed al pube) 2 volte la settimana.

In qualche caso, le iniezioni epidurali hanno dato buoni risultati. Non si devono mai praticare cateterismi, che trasformerebbero questi casi in una vera malattia urinaria.

v. s.

Sul trattamento chirurgico della nefrite.

Il prof. Cassel (*Deut. Mediz. Woch.*, vol. XLV, p. 39) dopo aver illustrato largamente la storia d'una nefrite acuta gravissima in una bambina decenne, guarita completamente colla decapsulazione bilaterale, si pone i seguenti quesiti: se nel decorso d'una nefrite acuta bilaterale ematogena esista uno stadio in cui si possa conservare la vita dell'ammalato soltanto con un pronto intervento chirurgico e quando subentra la necessità di questo intervento.

Secondo Strauss l'indicazione alla decapsulazione, nefrotomia e scarificazione viene data da una forte oliguria o da un'anuria quasi completa, persistente da almeno 3 giorni e che abbia già dati o faccia sospettare sintomi uremici. Dànno una stretta indicazione pure la combinazione di oliguria con acetonemia. Secondo Volhard esiste pericolo d'uremia in seguito a insufficienza renale e d'intossicazione urinosa soltanto in quei casi di nefrite acuta, nei quali lo strozzamento dei vasi renali è tale da generare anuria o forte oliguria (glaucoma renale di Harrison). Tenendo conto del fatto che solo di rado la diuresi ritorna spontanea, si procede alla decapsulazione il più tardi al 3° giorno, se dopo 2 giorni di digiuno e di bagni caldi protratti i reni non abbiano ripreso la loro funzione. Il meccanismo dell'efficacia dell'intervento non si spiega nemmeno lui in quei casi nei quali il reperto autoptico non potè dimostrare uno strozzamento dei vasi dovuta alla tensione della capsula.

In seguito alle sue ricerche sperimentali in animali lo Zondek afferma di non poter distinguere per quanto il successo della decapsulazione sia dovuto alla diminuzione della tensione cap-

sulare, alla sottrazione locale di sangue, alla transudazione di liquido interstiziale, all'aumentata irrigazione renale susseguente o ad una modificazione nell'innervazione. Egli dichiara opportuna la decapsulazione in tutti quei casi, in cui non sia stato possibile vincere l'anuria con rimedi interni. Alle stesse conclusioni arrivano vari altri chirurghi, basandosi pure sulle esperienze fatte nelle nefriti di guerra.

Colla perfezionata tecnica dell'anestesia locale, la decapsulazione secondo l'opinione di Kummel, può esser superata da qualunque nefritico anche da un bambino e in condizioni gravi. Volbard adopera la narcosi coll'etere. Ci si deciderà tanto più facilmente ad un intervento chirurgico, quanto già la decapsulazione d'un rene solo generalmente porta a guarigione.

R. PR.

Sterilizzazione e conservazione dei cateteri molli Nélaton.

V. Bum, docente a Vienna, osserva che i cateteri Nélaton si sterilizzano al più presto e senza danno bollendoli per 2-5 minuti nell'acqua.

L'uso frequente li conserva a lungo, mentre che non usandoli e conservandoli a secco si fanno rigidi, friabili e duri e diventano inadoperabili. Prima di riusarli devono per ciò venir provati stirandoli colla mano per constatarne l'elasticità. Si mantengono elastici ungendoli con glicerina e avviluppandoli nella garza.

s. p.

SEMEIOTICA.

Sul valore semeiologico delle alterazioni del liquido cefalo-rachidiano nella sifilide recente o tardiva.

Cappelli-Jager (*La Presse Méd.* luglio 1919), rileva che nei diversi stadi della sifilide si possono osservare lesioni del sistema nervoso nelle quali si hanno alterazioni più o meno spiccate, sebbene non sempre, del liquido cefalo-rachidiano. Tali alterazioni consistono nelle quattro reazioni di Nonne: pressione del liquido, contenuto citologico, contenuto in globulina e albumina totale, reazione di Wassermann, e nella presenza di sostanze speciali d'origine e di natura diversa, che hanno un potere riducente, emolitico, ecc. Nella sifilide recente queste diverse reazioni possono trovarsi riunite o isolate sia in individui che già presentino fenomeni obiettivi e subiettivi a carico del sistema nervoso, sia che ancora non li presentino. Nella sifilide tardiva tali reazioni hanno un valore specifico più grande e sono dovute in genere a una origine nervosa locale. Di queste reazioni grande valore specifico ha la reazione di Wassermann, l'iperalbuminosi e l'iperleucocitosi sono l'effetto di una reazione meningea, ma meno specifica; minor valore ha la pressione del liquido. Nel periodo secondario possono aversi reazioni meningee citologiche, ma vere meningiti preroseoliche non sono state ancora dimostrate.

CESETTI.

La reazione di Wassermann positiva all'infuori della sifilide.

Biggs (*The Journ. Missouri State Med. Assoc.*, 1919, n. 10) ha eseguita la R. W. in tutti i malati di un Manicomio da lui diretto ed ha constatato la R. W. positiva nel sangue di dieci donne affette da psicosi sopraggiunte nel corso di un gozzo esoftalmico o di uno stato di ipertiroidismo, mentre l'anamnesi e l'esame obiettivo non facevano sospettare la sifilide.

Presso un altro Basedowiano, immune da disturbi mentali, la R. W. si mostrò anche positiva e divenne negativa dopo la tiroidectomia.

La tecnica seguita per la sieroreazione è quella col metodo delle goccie di Noguchi e le prove furono controllate in altro laboratorio.

MONTELEONE.

Influenza della malaria sulla reazione di Wassermann.

Ricerche su 130 malarici hanno dato a I. Gordon Thomson e C. H. Mills (*The Lancet*, T. CXCVI, n. 4993, 10 maggio 1919) reazione di W. positiva in soli 8 casi. Ed in questi tutti c'erano segni clinici di sifilide terziaria o congenita. In tutti gli altri casi di malaria, anche gravi, la W. era negativa. Credono che l'attribuzione della W. positiva alla sola malaria senza lues sia dovuta sempre a insufficienza di esame clinico

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il virus dell'encefalite letargica.

G. Volpino e P. Desderi nel numero di febbraio 1920 degli *Annali di Igiene*, di cui ci sono state cortesemente comunicate le bozze, pubblicano un'interessante memoria sopra alcuni speciali corpi microscopici che hanno trovato nei cervelli di individui morti per encefalite epidemica.

Tali corpi, delle dimensioni di 5-20 μ, sono irregolarmente distribuiti nel sistema nervoso: hanno, per lo più, forma rotonda od ovale; qual-

cuno è allungato con una strozzatura verso la metà, sì da assumere la forma di biscotto. Alcuni sono ravvolti da una membrana, i più grossi da due membrane concentriche. Sono nettamente jodofili, colorandosi in caffè con il liquido di Lugol: se questo si sostituisce con glicerina, e si aggiunge poi acido solforico, i detti corpi si fanno dapprima lievemente azzurrognoli, poi intensamente neri. Non rimangono colorati, col metodo di Gram; hanno una scarsa affinità per la fuxina e l'eosina.

Con l'ematossilina ferica, ed anche col Giemsa, si mette in evidenza una certa struttura, osservandosi un massa centrale finemente granulosa, rotonda od ovale, intensamente colorata, circondata da una larga zona, pure a contorni circolari od ovali, poco o punto colorata.

Questi corpi, che non sono stati descritti in nessun'altra malattia infettiva o tossica del sistema nervoso, *costituirebbero o un reperto caratteristico, ed in certo senso specifico, dell'encefalite epidemica*. Essi di differenziano dai corpi jalini (che si trovano nelle infiammazioni croniche), per non colorarsi col Gram, per non essere fuxinofili, nè eosinofili, e per l'aspetto meno splendente e compatto. Quanto ai corpi amilacei, che si riscontrano nel sistema nervoso, nei polmoni ed in altri tessuti, si osserva una certa differenza nella reazione con lo jodio ed acido solforico e nell'aspetto che è splendente e cangiante nei corpi amilacei detti anche versicolori. Una certa affinità di reazione, dei corpi encefalitici gli Aa. la trovano con le cisti del *Coccidium oviforme* del coniglio, con quelle pure jodofile di natura protozoaria, descritte da Wenyon nelle feci di dissenteria, con i blastomiceti inclusi nei tessuti.

La natura di questi corpi encefalitici è tuttora oscura: l'ipotesi più probabile è che si tratti di una reazione del tessuto, che accompagna e forse include il virus dell'encefalite: in qussto senso essi avrebbero significato biologico analogo a quello dei corpi di Negri nella rabbia, di Senigallia nel cimurro, di Guarnieri nel vajuolo, ecc.

L'ipotesi del virus filtrabile sarebbe anche confermata da recenti ricerche di C. Levaditi e P. Harvier (*C. R. Soc. Biologie,* 1920 n. 11 e 12), che hanno ottenuto un virus, passabile in serie nel coniglio: esso, dopo un certo numero di passaggi, diventa fisso, uccide regolarmente il coniglio e si dimostra virulento per le scimmie catarrine. Il virus non è coltivabile nei comuni terreni, passa attraverso le Chamberland 1 e 3, si conserva in glicerina: esso è diverso da quello delle poliomielite. È attivo, oltre che per la via cerebrale, per quella dei nervi periferici, per la via oculare ed è inattivo per la via sottocutanea.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

S. Monselles. *Igiene dell'orecchio e profilassi della sordità,* con prefazione del prof. G. Gradenigo. — Milano, Ulrico Hoepli, 1919. L. 4.50.

Mentre non difettano fra noi dei trattati di otologia, mancava finora un libro pratico che raccogliesse in rapida sintesi i precetti fondamentali dell'igiene auricolare, i quali pur troppo sono poco noti non solo dal popolo, ma anche dalle persone colte. L'A. si è proposto di riunire in un volumetto i risultati più importanti dei moderni studi otologici, incominciando con un cenno sull'anatomia e sul funzionamento dell'organo acustico e passando a parlare delle malattie che lo colpiscono nelle varie età della vita. Tratta quindi dell'igiene dell'orecchio e delle prime vie respiratorie — che ne sono il presupposto necessario — insistendo nelle regole da seguirsi per la conservazione dell'udito.

Il libro è scritto con chiarezza e concisione, evita per quanto è possibile i termini tecnici, accessibile alla intelligenza di tutti, utile agli studenti e ai medici pratici, molti dei quali sono privi delle elementari cognizioni di otologia; perchè sino ad oggi (ed ora si è ovviato allo sconcio) è mancato nei nostri atenei l'insegnamento obbligatorio di tale specialità.

G. Bilancioni.

VARIA.

La sifilide articolare negli indigeni del Marocco.

Nessun dubbio esiste che la grande frequenza delle lesioni articolari constatate nei sifilitici marocchini, dipende dalla negligenza dei malati verso la propria malattia, onde l'affezione completamente abbandonata a sè stessa conduce a quelle gravi manifestazioni che un europeo con una medicazione precoce arriva generalmente ad impedire: è certo anche che fattori di aggravamento sono il lavoro intenso, le marce prolungate, le intemperie, l'azione del freddo, il frequente piede piatto tarsalgico, ed inoltre la malaria.

Lacapère e Laurent, che nel dispensario antisifilitico di Fez hanno potuto esaminare centinaia di localizzazioni articolari sifilitiche, insistono su quest'ultima causa ed ammettono (L. e L., *Paris Médical* n. 38-1919) che la superattività del midollo osseo tendente a compensare l'anemia malarica, crei una specie di ripetuto traumatismo e la facilità quindi delle localizzazioni sifilitiche nella regione delle epifisi.

M.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Organizzazione dei servizi sanitari e di vigilanza igienica.

Tra giorni verrà presentato all'esame della Giunta del Bilancio e poi dal Parlamento una proposta di legge per la riorganizzazione dei servizi di vigilanza igienica nel Regno. Le linee fondamentali di tale proposta sono: 1° Istituzione degli Uffici Comunali e Consorziali di vigilanza igienica per gruppi di popolazione dai 25000 ai 30000 abitanti; 2° Ufficiali Sanitarii Comunali o Consorziali, nominati per concorso per titoli ed esami: salvo i diritti acquisiti da parte degli Ufficiali Sanitari che hanno acquistata la stabilità; 3° Spesa per un terzo a carico dello Stato, per un terzo a carico della Provincia e per un terzo a carico dei Comuni; 4° Stipendi agli Ufficiali Sanitari di cui sopra, mai inferiori al massimo stipendio attribuito ai medici condotti; 5° Divieto assoluto dell'esercizio professionale agli Ufficiali Sanitari ed ai medici provinciali; 6° In ciascun Circondario un medico circondariale alla dipendenza del Sotto Prefetto e del Medico Provinciale; 7° Nelle Prefetture, un medico Provinciale con due vigili sanitari. Sotto la direzione del medico Provinciale il laboratorio chimico-batteriologico del Capoluogo della Provincia.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Catanzaro ha diramato al riguardo, ai ministri competenti e ai deputati, una circolare firmata dagli ufficiali sanitari e dai medici condotti della provincia, la quale reca una serie di proposte. Ne riportiamo o riassumiamo alcune.

Più che istituire veri laboratori chimico-battereologici comunali o consorziali, conviene creare nei Comuni di maggiore importanza alcuni Centri diagnostici per le malattie infettive. È più che sufficiente un laboratorio chimico-micrografico nel Capoluogo della Provincia, o meglio della Regione.

Creare dei grandi ospedali di isolamento per malattie infettive e contagiose, consorziali, forniti di servizio di auto-ambulanze.

Sottrarre gli ufficiali sanitari e i medici provinciali alla dipendenza dei Sindaci e dei Prefetti, dare loro la stessa posizione che spetta agli ingegneri capi del Genio Civile e ai provveditori agli studi. Porre alla loro dipendenza infermieri e disinfettori.

Abolire i medici circondariali e i medici provinciali delle piccole provincie. I medici circondariali sono inutili là dove esistono gli ufficiali sanitari consorziali, che devono esser posti alla diretta dipendenza del Medico Provinciale. Essi creerebbero inceppi e interferenze nei servizi sanitari, come sono uno inceppo le Sottoprefetture e i sottoprefetti. Inoltre, importerebbero un onere nuovo gravissimo.

I medici provinciali e gli ufficiali sanitari debbono essere professionisti distinti e non burocratici: sia perciò consentito loro l'esercizio libero.

I medici provinciali dovrebbero essere nominati in seguito a concorso per titoli ed esami.

I medici provinciali aggiunti dovrebbero essere aboliti. Gli attuali — in seguito a concorso — dovrebbero essere nominati medici provinciali in soprannumero. Il concorso dovrebbe essere esteso a tutti i medici provinciali aggiunti di prima classe e ai medici di porto di seconda classe.

Nel programma dei concorsi a medico provinciale ed ufficiale sanitario occorrerebbe diminuire le cognizioni di batteriologia e di chimica e accrescere di molto le cognizioni di clinica medica e di semiotica, specialmente per ciò che si riferisce alla diagnosi delle malattie infettive e contagiose.

Alla diretta dipendenza dei medici provinciali devono essere i veterinari provinciali per quanto si attiene ai servizi di vigilanza igienica e di profilassi delle malattie infettive comuni all'uomo e al bestiame. Il veterinario provinciale dovrebbe essere il Capo Divisione, invece, dei servizi zootecnici della Prefettura.

Le residenze dei medici provinciali dovrebbero esser messe a concorso per titoli.

Base della organizzazione di tutti i servizi sanitari, è la organizzazione delle condotte mediche per mezzo delle *assicurazioni contro le malattie*, (anche dal punto di vista dell'alleviamento delle oberate finanze dei comuni) o come *condotte di Stato*.

Nei piccoli centri sarebbe un errore togliere le mansioni di profilassi al medico condotto per affidarle all'ufficiale sanitario consorziale, che non deve essere che organo di controllo e di guida dei medici condotti per la profilassi delle malattie infettive, ed avere soltanto la direzione e la responsabilità di quanto si attiene alla vigilanza igienica.

Unificare i servizi sanitari e di vigilanza igienica, sparpagliati nei diversi Ministeri, e vagliare se non convenga di affidare ad un *Sottosegretario di Stato*, alla dipendenza del Ministro dell'Interno, anche la vigilanza sui Manicomi, sugli Ospedali, sugli opifici industriali e di lavoro e sulla igiene rurale, nonchè sulle assicurazioni contro le malattie, la invalidità e la vecchiaia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8223) *Vaccinazione. Compensi.* — Dott. V. M. da C. L'obbligo della vaccinazione non incombe all'ufficiale sanitario, ma bensì al medico condotto. Il Comune deve fissare delle riunioni in determinato locale comunale in cui si possano eseguire le rivaccinazioni gratuitamente per tutti, sieno agiati, sieno poveri. Se qualcuno invita il sanitario a recarsi nel suo domicilio per eseguire la vaccinazione deve pagare la chiamata.

(8224). *Riduzione di pianta organica.* — Dottor N. N. La riduzione della pianta organica dei medici condotti, debitamente vagliata ed approvata dalle autorità competenti, costituisce uno di quei casi di forza maggiore, che giustifica anche il licenziamento di un medico stabile. Si deve, però, dare partecipazione del provvedimento un congruo tempo prima affinchè il sanitario possa trovare altro posto. Si può per altro contro il licenziamento ricorrere alla G. P. A. la quale deciderà dopo aver inteso il parere del Consiglio provinciale sanitario.

(8225) *Ambulatorio comunale. Requisiti.* — Dott. N. V. C. Non si può rispondere *a priori* al quesito fatto circa i requisiti che deve avere un ambulatorio comunale, perchè essi sono ben diversi a seconda della importanza della città ove è istituito, della densità della popolazione e dell'uso cui è destinato, se cioè, medico unicamente o medico e chirugico. Indubbiamente il locale deve rispondere ai principali requisiti voluti dall'igiene ed essere, ben aerato, asciutto, esposto al sole ed indipendente. Il numero dei medici, che vi debbono essere addetti, varia egualmente a seconda delle persone che ordinariamente lo frequentano. Il medico deve essere assistito da un'infermiere, e se vi è servizio chirurgico, anche da un assistente. Qualora nel capitolato nulla si dica in proposito, il medico condotto che dirige l'ambulatorio ha diritto a speciale compenso.

(8226) *Indennità alle Commissioni giudicatrici per concorsi a medici condotti.* — Dott. A. Z. da P. sul B. L'indennità di lire 10 per seduta che compete ai commissari che devono giudicare i concorrenti alle condotte mediche non è stata modificata per caro-viveri ed è perciò tuttora computabile sul disposto dell'art. 36 del Regolamento generale sanitario del 19 luglio 1906. numero 466.

(8227) *Abbinamento di condotte.* — Dott. A. G. da V. — Per poter un Comune sopprimere od abbinare qualche condotta medico-chirurgica deve ottenere l'approvazione della G. P. A. che la darà a seguito di analogo favorevole parere del consiglio provinciale sanitario. Tali eminenti consessi non impartiranno certamente tale approvazione se dagli elementi tecnici sottoposti al loro esame risulterà che il provvedimento, anzichè da ragioni di servizio sia consigliato unicamente da ragioni di opportunità per aver, cioè agio di licenziare qualche medico e procurare una economia al bilancio, gravato per i miglioramenti economici concessi al personale degli impiegati.

(8228) *Affermazioni inesatte contenute in un verbale consiliare.* — Dott. V. G. da C. Se il consiglio comunale in un verbale deliberativo, inviato al Prefetto ed alla Giunta provinciale amministrativa ha affermato a di Lei riguardo elementi inesatti di lucro professionale, Ella può confutarli mettendo le cose al loro giusto posto con ricorso diretto alle predette autorità. E perchè anche il pubblico sappia che Ella non esige somme esagerate, potrebbe far pubblicare dalla stampa locale o viciniore un apposito comunicato.

(8229) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D. F. da C. La teoria del caro-viveri dovuto da più comuni comincia a cambiare, interpretandosi il relativo decreto luogotenenziale nel senso di attribuire una sola indennità caro-viveri al medico che presta servizio in più comuni, ripartendone l'ammontare fra tutti gli enti interessati. In vista di tale nuova versione non sembra prudente insorgere contro il decreto del Prefetto, che ha vietato concedere tale indennità al comune presso il quale Ella presta servizio interinale.

(8230) *Referto medico. Abolizione della condotta piena. Danni.* — Dott. N. P. da A. Il referto medico deve essere ripetuto fino a quando non scadono i termini per l'azione privata, e, cioè, dieci giorni. Per la mancata comunicazione al sanitario ed al pubblico del decreto prefettizio con cui si aboliva la condotta, piena è responsabile l'amministrazione comunale e ad essa incombe l'obbligo di indennizzare il medico dei danni subìti.

(8223) *Certificati sanitari. Compensi.* — Dottor U. F. da F. I certificati di sui Ella parla debbono essere pagati da coloro che non sono inclusi nello elenco dei poveri. Il compenso è quello di una visita ordinaria.

(8233) *Ufficiale sanitario. Visita alle carni macellate. Indennità di alloggio.* — Dott. B. V. da C. Verificatasi la decadenza della carica per effetto della ottenuta nomina a consigliere provinciale, non può più in seguito il libero esercente riprendere il suo posto se non a seguito di nuovo decreto prefettizio. Però noi crediamo che ora non sia più a parlare di incarichi provvisori, ma che occorra bandire il concorso per la nomina del titolare in prova. Non può essere imposto all'ufficiale sanitario l'obbligo di procedere alla visita ed alla bollatura della carne. Simili obblighi spettano al veterinario ed in sua mancanza all'ufficiale sanitario, ma con speciale compenso. Sulla indennità di alloggio deve pagare la R. M.

(8234) *Vendita di medicinali da parte del medico condotto o di un suo fiduciario.* — Dott. N. G. da S. R. Ancorchè il paese sia sprovvisto di farmacie non è consentito al medico condotto, sotto la propria responsabilità di autorizzare un privato esperto alla vendita di quanto è prescritto tenere in un armadio farmaceutico.

Non è parimenti consentito al medico condotto di gestire un armadio farmaceutico per conto di un privato e non per conto del comune.

(8236) *Aumento stipendio. Indennità caro-viveri.* — Dott. C. D. P. da C. Dal 1° luglio 1917 al 31 dicembre 1918 in forza del D. L. del 26 luglio stesso anno n. 1181, ha diritto a lire 24 mensili. Dal 1° gennaio 1919 ad oggi ha diritto a lire 100 mensili se ammogliato, ed a lire 65 se scapolo, in forza del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Ha poi diritto all'aumento di stipendio se sarà accordato dal comune o dalla G. P. A. consistente nel 30 % sulle prime 2000 nel 15 % sulle seconde lire 2000 e del 10 % sul rimanente.

(8237) *Divisione della condotta. Ufficiale sanitario.* — Dott. L. R. da M. di T. La divisione della condotta non porta per conseguenza l'esonero di colui che esercita la carica di ufficiale sanitario. Egli resterà tale nello intero àmbito del territorio comunale, come prima, essendo prescritto che non ogni condotta ma ogni comune abbia il suo ufficiale sanitario.

Dott. IUSTITIA.

Esami d'idoneità per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo.

Vari colleghi ci chiedono più dettagliate informazioni intorno al decreto ministeriale 10 febbraio u. s., che indice una sessione di esami per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, a termini del Regio decreto 7 luglio 1910, n. 573.

Gli esami avranno luogo in Roma nel mese di luglio 1920 nei giorni, nelle località e nelle ore che saranno stabilite con successivo provvedimento e che verranno individualmente comunicate a ciascuno degli ammessi agli esami.

Questi consisteranno:

a) in una prova scritta di etiologia, patologia, epidemiologia, e profilassi delle malattie infettive e macroparassitarie, con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi;

b) in prove pratiche di accertamento diagnostico delle malattie infettive e macroparassitarie, di bromatologia e di semeiotica e diagnostica clinica;

c) in una prova orale di igiene navale, di legislazioe sanitaria e di lingue straniere.

Si seguiranno per essi i programmi e le modalità fissate dal decreto Ministeriale 26 agosto 1912, pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* del 30 agosto 1912, n. 205, e nel *Bollettino ufficiale* del Ministero dell'Interno dell'11 settembre 1912 n. 26.

Gli aspiranti dovranno far pervenire la domanda al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica) sia direttamente, sia per mezzo della Prefettura della provincia di ordinaria residenza, entro il 15 giugno 1920.

L'istanza, redatta in carta bollata da lire 2, dovrà essere corredata dai documenti soliti, tra cui il certificato di laurea conseguito da non meno di due anni, il certificato di buona condotta di data non anteriore a tre mesi, il certificato penale di data non anteriore a tre mesi ed il certificato di sana e robusta costituzione di data recente. Il canditato dovrà indicare su quale lingua estera intenda di essere esaminato.

CONDOTTE E CONCORSI.

BERGAMO. *Istituto rachitici.* — Concorso al posto di dirigente la Sezione di terapia fisica e medico chirurgo aggiunto; L. 3500 nette, percentuale del 15% sull'imposta degli atti operativi ai ricoverati paganti agiati e 35% sulle applicazioni di terapia fisica. Biennio. Scad. ore 15 del 31 maggio. Servizio entro un mese dalla partecipazione di nomina.

BURANO. (*Venezia*). — A tutto 15 maggio, due condotte; L. 6000, tre quinquenni del decimo, L. 1600 d'indennità barca e residenza, caro-viveri. Chiedere annunzio.

Medico chirurgo pratico condotta, ospedale, cercherebbe interinato. Scrivere dott. Costantini, fermo posta - Roma.

ALBO D'ORO.

Al dott. Colate Pasquale, capitano medico, è stata conferita la medaglia di bronzo con la seguente motivazione:

« Dando prova di fermezza, di coraggio e di abnegazione, coadiuvava il proprio capitano medico nell'apprestare le cure ai numerosi feriti che giungevano dalla fronte quantunque il fabbricato in cui funzionava il posto centrale di medicazione fosse battuto dal tiro delle artiglierie nemiche che cagionava anche vittime ».

Gli è stata assegnata anche la croce di guerra con la seguente motivazione:

« Per permanenza in modo esemplare per oltre un anno a contatto con il nemico, durante la quale partecipò onorevolmente a parecchi fatti d'arme di qualche importanza ».

Ultimamente è stato anche decorato della medaglia rivoluzionaria czeco-Slovacca.

Al maggiore medico Guglielmo Bilancioni è stata conferita la croce al merito di guerra per il servizio prestato presso la IV armata nella consulenza oto-rino-laringoiatrica (decreto 23 gennaio 1920).

Al dott. Giovanni De Poloni (Belluno) attualmente medico condotto di Montepagano (Teramo), è stata decretata la croce al merito di guerra in riconoscimento del servizio prestato come ufficiale medico in batteria da montagna, in Sezione di sanità e in ospedaletto da campo, sul Carso e nel Trentino 1916-16-17.

MEDICINA SOCIALE.

Economia ed igiene.

Il prof. A. Lustig ha pubblicato nel primo numero del nuovo periodico *Lotta antitubercolare* un articolo col quale richiama l'attenzione sul dilagare dell'alcoolismo in Italia e fa presente la necessità che le leggi già sancite per combattere questa piaga siano rispettate ed applicate integralmente e qualora queste si dimostrino inefficaci promulgarne delle altre. L'esimio patologo nota come l'alcoolismo nel nostro paese sia sostenuto quasi esclusivamente dall'abuso del vino e che il notevole aumento del costo di questa bevanda poco o nulla ha influito sul consumo di essa. Le recenti conquiste delle classi lavoratrici, egli scrive, hanno portato a notevoli aumenti di salario e a riduzione delle ore di lavoro. Già si è constatato che, di pari passo cogli aumenti di salari, è avvenuto un aumento nel consumo delle bevande alcooliche; ma anche se ciò non fosse già accaduto, è necessario che di questi due nuovi fenomeni si tenga il debito conto nell'applicazione della legge contro l'alcoolismo. L'operaio che ha più denaro in tasca vuol goderselo e beve di più, allo stesso modo come con maggior larghezza di prima si vuol concedere ogni altra forma di agiatezza e di divertimento, e così molte delle ore, che son state tolte all'officina, verranno purtroppo date alle bettole e all'osteria. È un fatto questo di una gravissima importanza sociale e sul quale non sarà mai abbastanza richiamata l'attenzione. Guardino coloro che si sono fatti propugnatori delle rivendicazioni proletarie, che all'ottenuto beneficio economico immediato non debba, in un non lontano avvenire, far riscontro una grave iattura per la salute del popolo; e che, per una terribile ironia del destino, non abbiano i figli a scontare nel carcere o nel manicomio il benessere materiale conquistato dai padri!

Non un soldo del maggior salario deve essere speso per l'alcool, non un'ora del riposo da poco conquistato dai lavoratori, deve essere trascorsa alla bettola! Di questo monito si ricordino le classi proletarie ed i loro rappresentanti, e si facciano essi stessi i propugnatori più attivi ed entusiasti della crociata contro l'alcoolismo, contro questa piaga sociale che insidiosamente minaccia di annientare tutti i beneficî delle più alte conquiste sociali della nostra generazione nella miseria e nel dolore delle generazioni venture ».

Abbiamo creduto opportuno riportare le parole del prof. Lustig a conforto di analoghe considerazioni da noi già fatte su questo giornale.

Pertanto pare che il governo si sia preoccupato dell'eccessivo consumo del vino e stia studiando i mezzi per infrenarlo. Non è infatti giusto che il più abbondante e più redditizio prodotto del nostro paese sia consumato tutto in patria, mentre, senza danno di nessuno, anzi col

vantaggio della gente del popolo, si potrebbe esportare in notevoli quantità a sollievo del nostro disastroso sbilancio tra le importazioni e le esportazioni. C'è da presumere che i provvedimenti che saranno adottati dal governo non riguardino inasprimenti di tasse che aumentino il costo del vino. Così facendo non si risolverebbe il problema e si darebbe incentivo a nuove agitazioni. Purtroppo le nostre masse operaie considerano il vino come un alimento di necessità. Se se ne aumentasse il costo, essi non ne diminuirebbero o ne sopprimerebbero il consumo, come ha già fatto la grande maggioranza della media borghesia, ma richiederebbero un aumento di mercede per compensare la maggiore spesa. In difetto di questo provvedimento che teoricamente sembrerebbe il più adatto, ma che in pratica si è dimostrato inefficace e pericoloso, non abbiamo elemento per suggerirne altri e non sappiamo quali disposizioni saranno adottate per contrarre il consumo del vino in paese e favorirne l'esportazione. Noi medici non possiamo fare altro che opera di propaganda. A noi spetta di persuadere il popolo che il consumo del vino aggrava il bilancio domestico senza nessuna utilità anzi con danno sicuro; noi dobbiamo persuadere il popolo che consumando meno vino se ne può esportare all'estero, il che consente di potere acquistare più a buon mercato i generi di vera necessità. — *Pangloss*.

NOTIZIE DIVERSE.

Riforma della Croce Rossa.

È assicurato uno stato giuridico ben definito e permanente al personale, il quale potrà con maggiore sicurezza adoperarsi per i fini di grandissima nobiltà civile, che la Croce Rossa Italiana assume come programa di azione. Gli inscritti al personale dei ruoli mobili e territoriali del tempo di guerra e del tempo di pace dell'Associazione, chiamati in servizio d'ordine dall'autorità militare, sono considerati temporaneamente militari e soggetti in ragione del grado, cui a norma dei regolamenti si trovano equiparati, alla disciplina militare, sia nei rapporti tra loro, sia reciprocamente nei rapporti con i militari del R. Esercito e della R. Marina.

Ai mancanti alle chiamate vengono applicate in tempo di pace le disposizioni disciplinari stabilite nei regolamenti dell'Associazione e, in caso di guerra o di mobilitazione totale o parziale dell'Esercito o dell'Armata, le disposizioni penali sancite per i militari del Regio Esercito e della R. Marina.

Corso di perfezionamento.

Dal 15 aprile al 15 giugno 1920 nell'Ospedale civile di Venezia si tiene un corso pratico di perfezionamento per i medici. Il detto corso è divisibile in due periodi di un mese ciascuno.

Le lezioni tanto delle cliniche generali come di tutte le specialità si tengono nelle sale dell'ospedale civile e dei dipendenti Istituti secondo l'orario prestabilito.

Per le iscrizioni e per gli schiarimenti di cui i colleghi potessero abbisognare rivolgersi alla *Direzione sanitaria dell'Ospedale civile*.

Alla fine del corso agli iscritti che lo hanno frequentato regolarmente sarà rilasciato il relativo certificato.

Lotta antitubercolare.

La Deputazione provinciale di Vicenza in seduta 23 marzo u. s. ha deliberato di domandare al Ministero un mutuo di favore di lire 800 mila senza interessi, estinguibile in 50 anni, presentando un progetto di massima già predisposto per la costruzione di un Istituto climatico sanatoriale sugli altipiani di Asiago in vicinanza della pineta Magnaboschi.

Il Comitato provinciale antitubercolare, in seduta 24 marzo, prese atto con compiacimento di tale deliberazione e determinò un programma di intensiva propaganda a mezzo di un comitato promotore che serva quale organo di propulsione e sappia vincere ogni difficoltà.

Operazioni della Cassa Nazionale Infortuni.

La Cassa nazionale d'assicurazione per gli infortuni sul lavoro, con sede centrale in Roma, ha, durante l'anno 1919, col tramite dei suoi uffici (compartimenti, sedi secondarie ed agenzie) distribuiti per tutto il Regno, emesse 47,425 nuove polizze assicuranti altri 865,024 operai: ha inoltre ricevuto 91,459 denuncie d'infortunio e pagate L. 19,837,714.35 d'indennità per 89,563 casi d'infortunio, di cui 505 di morte e 7338 di inabilità permanente.

Inoltre, per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni agricoli, iniziatasi col 1° maggio 1919, il predetto Istituto ebbe la denuncia di 25,450 infortuni (con ben 539 casi di morte) di cui 19,263 sono già stati definiti.

Stazione di biologia sul Trasimeno.

Per iniziativa del prof. Polimanti l'Università di Perugia ha ottenuto dal Ministero della Guerra la cessione di un padiglione della scuola per idrovolanti a Passignano sul Lago Trasimeno.

Sarà ivi impiantata una Stazione Biologica di notevole interesse per quanti desiderano lavorare su argomenti di fisiologia comparata e biologica generale utilizzando il ricco materiale di cui la fauna e la flora lacustre dispongono.

La Stazione avrà pure lo scopo di mettere in valore la piscicultura nel Lago Trasimeno.

Il vaiolo sul « Duca degli Abbruzzi ».

Il piroscafo Duca degli Abbruzzi giunto a N. Y. City con due casi di vaiolo ha sbarcato i passeggeri all'isola di Hoffmann dove essi subirono una contumacia di tre settimane.

Scabbia e malaria a Vienna.

Viene riferito che per la scarsità del sapone e per il mancato funzionamento dei bagni pubblici, data la deficienza di carbone, si osserva a Vienna una notevole diffusione della scabbia nel popolo.

Per combattere la propagazione della malattia si impiantarono varie stazioni di disinfezione aventi la potenzialità di circa 300 cure giornaliere.

In notevole aumento è anche la malaria. Si calcola che attualmente vi siano circa 27000 denunzie di casi tra militari e congedandi.

Rassegna della stampa medica.

La Presse Méd., 7 feb. PORTMANN: Il fibro-tubercoloma. — DUPUY: Processo extra-rapido di dosaggio dell'albumina urinaria.

Riforma Med., 17 gen. GIUFFRÈ: Sforzo, allenamento del cuore e ipertrofia da lavoro.

Münch. Med. Woch., 2 e 9 gen. OPITZ e FRIEDRICH: Actinoterapia del cancro uterino. — GRASSMANN: Significato prognostico e trattamento delle aritmie cardiache. — 16 gen. DUCHEL: Diagnosi radiologica delle broncopolmoniti nell'infanzia. — 23 gen. WOLFF-EISNER: La tubercolosi innestata su diatesi costituzionali.

Le Scalpel, 24 gen. DENIS: I vaccini per via gastro-intestinale.

Riforma Med., 24 gen. GALLOTTI: I segni di Basedow nella diagnosi precoce e nella terapia della tubercolosi polmonare. — PAOLETTI: Perturbamenti di pressione del liquido cer.-spin. nella patogenesi delle emorragie cerebrali.

Berliner Klin. Woch., 5 gen. ALBRE: Lo stomaco nervoso. — 12 gen. J. e T. KOTTMAIER: Il rachitismo tardivo. — 10 gen. HUNTEMÜLLER: Terapia e profilassi della malaria. — SCHÄFER: Peculiarità cliniche della malaria. — 26 gen. LESCHKE: Chemoterapia delle malattie settiche.

New York Med. Journ., 10 gen. KNAPP: Nuova concezione dell'asma. — DEAVER: Errori nella diagnosi delle affezionoi addominali acute.

Journal Trop. Med. a. Hyg., 2 feb. CHALMERS: La fase « tenue » del « Plasmodium vivax » (Grassi e Feletti 1890).

Studium, 20 gen. CARDARELLI: Tumore renale e tumore splenico. — ISOLA: Su le prosopoplegie dette « a frigore ».

Journal Americ. Medic. Assoc., 10 gen. PATRICN: Il paziente per se stesso considerato. — FRANEUTHEL: Trattamento della dislocazione congenita dell'anca.

Paris Méd., 7 feb. Numero sulla radioterapia.

La Stomatol., 24 gen. SERAFINI: Traumatismi mascello-facciali.

Gaz. d. Hôp., 10 e 12 feb. CHAUVIRI: I diverticoli dell'appendice.

Berl. Klin. Wochens., 9 feb. UMBER, VERSÉ: Atrofia acuta del fegato. — HELD: Sieroterapia dell'epilessia.

Clin. Castell., gen. DE PRADO: Diagnosi precoce della tubercolosi polmonare cronica.

Riforma Med., 31 gen. MAGGIORA, MANTOVANI e TROMBOLATO: Ricerche sull'encefalite letargica. GIORGIS: Vaccino antiblenorragico per via orale. — ABRUZZETTI: Encefalite letargica ambulatoria.

Brit. Med. Journ., 6 mar. ROLLESTRA: Sintomi dispeptici e d'altra natura prodotti da malattie della cistifellea e dell'appendice. — MEAKINS: Valore terapeutico dell'ossigeno nelle affezioni polmonari.

Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp., 16 gen. RATTERY: Le iniezioni intratracheali nelle broncopolmoniti acute. — CARNOT e HARVIER: Diabete sifilitico da pancreatite sclero-gommosa. — 23 gen. SICARD e KUDELSKI: Mesocefalite letargica a ricadute. — 30 gen. SONQUES: Sindrome del ganglio genicolato.

Gaz. d. Hôp., 6 mar. DOPTER: L'ependimite meningococcica.

Boston M. a. S. Journ., 19 feb. BROWN: Meccanica dell'organismo e nutrizione.

Münch. Med. Woch., 5 mar. PLAUT: La velocità di caduta delle emazie in sangue citratato.

Med. Record, 14 feb. HENRY: La prognosi nella tbc. polmonare.

Paris Méd., 6 mar. Numero sulla dermatologia e la sifilografia.

Giorn. di Med. Milit., 1 mar. GALEAZZI: Tecnica delle plastiche e protesi cinematiche.

Medicina Ibera, 28 feb. URRA: La degenerazione traumatica del cervello.

Paris Méd., 13 mar. JOSUÉ e PARTURIER: Le sindromi renali dell'asistolia.

Wien. Klin. Woch., 12 feb. HÖGLER: Encefalite da influenza ed encefalite letargica.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, ed. resp.

Anno XXVII — Roma, 3 maggio 1920 — Fasc. 18.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
ISTITUTO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
diretto dal prof. C. MORESCHI

Valore clinico dell'intra dermoreazione del Casoni per la diagnosi di echinococcosi.

Dott. PIETRO LURIDIANA, assistente.

Le difficoltà diagnostiche talora insuperabili col semplice esame somatico dell'a., il criterio astensionistico che, per paura dei fenomeni anafilattici, ha sempre prevalso nei riguardi della puntura esplorativa, fecero sì che, anche nell'echinococcosi, fossero applicati i metodi biologici diretti a svelare speciali anticorpi.

Il metodo della « precipitoreazione » applicato da Joest (906) e successivamente da Gherardini, ma con esito completamente negativo, acquistò, in seguito, notevole importanza pratica per opera di Fleig e Lisbonne, di Welsh e Chapmann.

Il Ghedini (906), prima d'altri, introdusse nello studio della echinococcosi il metodo della « deviazione del complemento », usando come antigene il liquido cistico umano; ed è merito del Weinberg e collaboratori, di Appatye e Lorentz che lavorarono, indipendentemente dai primi, ma contemporaneamente ad essi, l'aver elevato a portata veramente pratica questa reazione sostituendo all'antigene umano, il liquido idatideo di pecora.

Questo metodo, « reazione di Ghedini-Weinberg », specialmente in seguito ai lavori comparativi di quest'ultimo, eseguiti su vasto materiale umano e animale, si è mostrato di gran lunga superiore al primo.

La statistica del Weinberg dà il 34 % di casi positivi usando il 1° metodo, l'82-83 % usando il 2°.

La « reazione meiostagminica » dell'Ascoli secondo l'autore e la sua scuola dovrebbe costituire un sussidio pregevole alla clinica nella diagnosi d'echinococcosi; il Weinberg asserisce di avere ottenuto talora risultati positivi, usando come antigene l'estratto alcoolico proposto dall'Ascoli, risultati opposti, usando come antigene il liquido idatideo.

I tentativi fatti per mettere in evidenza rea-

zioni anafilattiche, fallirono completamente col Puntoni, che praticò la cuti e oftalmoreazione; ebbero risultati incerti con Boidin e Laroche che praticarono l'intradermoreazione; ma trionfarono infine col Casoni, il quale, guidato dalla fenomenologia anafilattica, che si verifica negli individui affetti da echinococco, specialmente a carico della cute in seguito a puntura o a rottura della cisti, riprese con tenacia le esperienze dei suoi predecessori e potè finalmente dare alla clinica un metodo semplice e di sicura efficacia, la intradermoreazione.

Il Casoni usa come antigene:

1° Il liquido idatideo limpidissimo, preso asetticamente da cisti di bue o di pecora; lo filtra parecchie volte su filtri spessi, aggiunge a 20 cmc. di liquido una goccia di acido fenico puro, e lo conserva in ghiacciaia, rinnovandolo ogni mese;

2° Estratto acquoso di membrane idatidee e di liquido cistico.

Il 1° sarebbe più attivo del 2°.

Previa disinfezione della cute del braccio, inietta nello spessore del derma 1/2 cmc. di liquido e per controllo, uguale quantità di soluzione fisiologica sterile all'altro braccio.

Poche ore dopo (in caso di reazione positiva) l'infermo avverte un po' di irritazione, nel punto inoculato, cui segue sensazione di prurito di varia intensità. Circa 12 ore dopo compare un eritema ovalare (che, secondo il Casoni, non dovrebbe essere inferiore di grandezza ad uno scudo) il quale può, nelle reazioni violente, raggiungere l'estensione del palmo della mano. Tien dietro un'infiltrazione edematosa (talora più estesa dell'eritema) dolente alla palpazione e spesso spontaneamente che provoca all'ammalato sensazione di stiramento. Si ha inoltre aumento locale della temperatura.

L'eritema dura al massimo due giorni, ma l'infiltrazione può durare quattro giorni. Dopo di che la reazione regredisce per scomparire non più tardi di otto giorni.

Secondo l'A., la reazione avrebbe carattere di specificità e darebbe risultati positivi nell'87,5 % dei casi.

La letteratura, mentre abbonda nei riguardi degli altri metodi biologici usati, tace, o quasi, nei riguardi di questo metodo. Se si eccettua la nota del Gasbarrini, anche in recenti pubblicazioni riguardanti l'echinococcosi (Fagiuoli, Cardarelli, *Riforma medica*, 1919), tutti i metodi si tirano in campo per assodare la diagnosi, ma del metodo del Casoni non si fa parola.

Seguendo il consiglio del prof. Moreschi, credo opportuno render noti i pochi casi venuti sotto la nostra osservazione, in clinica, onde portare un contributo all'argomento, e con la ferma speranza di poter contribuire, con questa nota, alla diffusione di un metodo italiano, completamente dimenticato nel nostro paese e fuori di esso.

Come antigene ho usato il liquido idatideo limpido preso asetticamente e conservato o in fialette chiuse alla lampada, o in provette sterili, con aggiunta di cloroformio. Si inietta il liquido sterile così raccolto assicurandoci di essere caduti nello spessore del derma: ciò che è facile dimostrare, se all'iniezione del liquido susseguе una piccola protuberanza della regione dovuta al liquido iniettato. La dose da iniettare varia da 1/3 a 1/2 cmc.; come il caso n. 3 n. 3 dimostra, non sempre un quarto di cmc. è una dose sufficiente a dare una reazione locale netta.

CASI CLINICI.

C... P..., anni 8. Soffrì di malaria, e, un anno prima dell'attuale malattia, di febbri continue con forte risentimento alla regione appendicolare. In seguito mutò tumefazione al quadrante superiore destro dell'addome che man mano aumentò di volume.

L'infermo è apirettico; non presenta ittero.

Esame. — Addome globoso, trattabile a sinistra ove si palpa molto bene la milza, dura: a destra una massa a consistenza teso elastica che si estende fin verso la regione inguinale. Si trasmette l'onda dall'avanti all'indietro e viceversa. Separato dalla massa, verso l'altezza della linea ombelicale, si avverte il margine epatico sottile, tagliente. Nulla si può dire riguardo ai movimenti diaframmatici. Messo l'infermo in posizione genu-pettorale, la massa non si sposta dalla regione. Eosinofilia 3 %.

Diagnosi clinica. — Cisti d'echinococco a probabile sede renale. Il 18, ore 8, si inetta nel derma 0,5 di liquido idatideo. Tre, quattro ore dopo, l'infermo avverte sensazione molesta al punto iniettato. Verso sera compare una chiazza eritematosa della grandezza di uno scudo, che aumenta la mattina seguente, accompagnata da infiltrazione edematosa, dolente alla palpazione. 24 ore dopo l'eritema tende a scomparire, ma l'infiltrazione permane per circa due giorni ancora; poi regredisce. Iniezione di controllo, negativa.

La diagnosi è confermata al tavolo operatorio.

CASO 2°.

F... L..., anni 30. Soffrì di malaria e da parecchi mesi accusa dolorabilità alla regione epigastrica con irradiazioni all'emitorace sinistro. Presenta accessi febbrili a tipo intermittente. Non ittero.

L'esame fa rilevare una milza dura debordante di due dita ed una massa a consistenza teso fluttuante che segue i movimenti della milza, col margine destro della quale pare si confonda. Manifesto sfregamento nella regione. Nonostante fossero praticati esami di sangue, mai si riscontrarono nè parassiti malarici, nè mononucleosi

abituale nella malaria, nè aumento di sudanofili. Eosinofilia 3,5 %.

Diagnosi clinica. — Cisti di echinococco suppurata della milza.

L'intradermoreazione (praticata col liquido idatideo prelevato da circa un mese) completamente negativa.

Scomparsa la febbre lasciò la clinica per rientrarvi sei mesi dopo, con la sindrome descritta, ma, questa volta, senza accessi febbrili.

L'intradermoreazione praticata col liquido idatideo prelevato di recente fu leggermente positiva; leggera sensazione di prurito: dodici ore dopo compare un eritema, più piccolo per grandezza d'uno scudo, cui sussegue infiltrazione edematosa della stessa grandezza, poco dolente. L'eritema scomparve il giorno dopo, ma l'infiltrazione durò complessivamente tre giorni.

Iniezione di controllo, negativa.

Noi interpretammo questa reazione leggermente positiva e nella critica che faremo dopo avere enunciato i casi, cercheremo di spiegare questi risultati. Al tavolo operatorio si riscontrò una crisi di echinococco della milza, spenta.

L'infermo morì un mese dopo e all'autopsia si riscontrarono numerose, ma piccole cisti nel fegato.

CASO 3°

P... G..., anni 30. L'inferma è in istato di gravidanza inoltrata; accusa dolore alla regione ipocondriaca destra ed alla spalla omonima. Presenta ittero.

Esame. — Fa rilevare una cicatrice longitudinale alla regione ipocondriaca destra (da laparatomia per cisti di echinococco pregressa, come potemmo rilevare dalla storia della clinica chirurgica) ed una tumefazione a consistenza teso-elastica al lobo sinistro del fegato.

Diagnosi clinica. — Cisti di echinococco al fegato. Dato lo stato in cui si trovava si praticò l'intradermoreazione iniettando 1/4 di cmc.; la sera comparve sensazione molesta, ma nè allora nè il giorno dopo si verificò l'eritema; si notò una leggera infiltrazione edematosa, che scomparve il giorno dopo.

La reazione non si poteva considerare positiva data la fugacità dei sintomi, per cui, 5 giorni dopo, si rifece l'intradermoreazione iniettando 1/2 cmc. di liquido; questa volta si ebbe maggior sensazione molesta; dodici ore dopo comparve l'eritema e l'infiltrazione edematosa (della grandezza di più che uno scudo), la quale ultima cominciò a regredire al terzo giorno.

Iniezione di controllo, negativa.

L'inferma in attesa del parto, non volle sottoporsi all'atto operatorio.

Parecchi mesi dopo presentava la stessa sindrome. L'operazione confermò la diagnosi fatta.

CASO 4°.

P... G..., anni 20. Tre anni fa dopo aver sofferto per ben due mesi d'itterizia, avvertì dolori intensi alla regione ipocondriaca destra, con irradiazioni all'epigastrio e spalla omonima (sensazione di chiodo), dolori che si ripetevano ad intervalli irregolari.

Ricoverata alla clinica migliorò e ritornò al paese.

Ricomparsi i dolori fu ricoverata di nuovo. Presentava itterizia intensa, tumefazione e consistenza teso-elastica nella regione epatica; feci intensamente colorate. Apiressia. Sensazione di prurito forte.

Esame del sangue: emoglobina 70 %; globuli rossi 4.800.000; globuli bianchi 4.100; neutrofili 64 %; linfociti 28 %; f. passagg. 3,8 %; eosinofili 3,5 %; resistenza globulare 42-44. Nelle feci non si notarono mai calcoli.

Diagnosi clinica. — Cisti d'echinococco del fegato.

L'intradermoreazione fu fortemente positiva. L'eritema (o meglio la colorazione nerastra sulla pelle itterica) e la infiltrazione raggiunsero la grandezza del palmo della mano. La prima persistè per due giorni e la seconda per quattro. Il tutto scomparve all'ottava giornata.

Sottoposta all'atto operatorio, si dovette sospendere il medesimo, causa una violenta epistassi. Da allora in poi si manifestò una tendenza emofiliaca, ribelle a tutte le cure. Lasciò la clinica e vi rientrò altre volte: notati sempre i sintomi descritti. L'intradermoreazione praticata varie volte fu sempre fortemente positiva. L'intradermoreazione di controllo sempre negativa. Non volle sottoporsi all'atto operativo.

CASO 5°.

P... M..., anni 27. Soffrì di malaria. Già da un anno avverte un senso di pesantezza alla regione ipocondriaca destra, dolore continuo, lancinante all'emitorace e spalla omonima.

La regione mammaria destra appare sollevata. La linea di ottusità epatica superiore descrive una curva a concavità inferiore e arriva sino alla 4ª costa sulla linea papillare e alla 5ª sulla ascellare. Sclere leggermente itteriche.

Da un mese sono comparsi accessi febbrili a tipo intermittente preceduti da un leggero brivid e non sempre risolventisi in sudore. Eosinofilia 17 %. Vana ogni ricerca del parassita malarico e l'aumento di sudanofili.

Diagnosi clinica. — Cisti di echinococco suppurata del fegato. Si pratica l'intradermoreazione. Cinque ore dopo avverte sensazione di prurito e quindici ore dopo compare l'eritema, accompagnato dall'infiltrazione edematosa che permane per due giorni. Aumento locale della temperatura. Al quarto giorno si inizia la regressione. L'intradermoreazione di controllo, negativa.

L'inferma lascia la clinica per non sottoporsi all'atto operatorio. Ritorna in clinica cinque mesi dopo, in condizioni disastrose. Febbri a 40° e più; ittero intenso.

L'ottusità superiormente arrivava alla 3ª costa, dalla regione ipocondrica al quadrante inferiore destro si palpava una massa voluminosa a consistenza fluttuante.

L'inferma morì poche ore dopo, nè si potè fare l'autopsia.

CASO 6°.

M... G..., anni 24. Da qualche anno accusa dolori alla regione spleno epigastrica. È apirettica. Non presenta ittero.

In corrispondenza della regione epigastrica, subito sotto l'apofisi xifoidea, si palpa un corpo rotondeggiante della grandezza di un uovo, a superficie bernoccoluta, di consistenza lignea, che pare unito ad un altro corpo simile un po' più grande che tende a cacciarsi sotto l'arco costale. La milza deborda di due dita. I due corpi seguono i movimenti respiratori.

Col metodo del Frerick si provoca normalmente la dilatazione gastrica, in seguito alla

quale i corpi sono spostati in alto; lo spostamento si ha anche con l'insufflazione rettale.

Sospettatasi una idatidosi multipla, si pratica di mattina l'intradermoreazione; di sera compare un eritema della grandezza di uno scudo; l'eritema non fu accompagnato da infiltrazione edematosa nè da rilevabile aumento di temperatura.

Iniezione di controllo con soluzione fisiologica, negativa.

Considerammo negativa la reazione. Al tavolo operatorio si rilevò una cisti da echinococco della milza estendentesi posteriormente, con pareti molto robuste e resistentissime al taglio.

Dei casi studiati i primi tre furono confermati al tavolo operatorio.

Il 4° ed il 5°, pur presentando una sindrome tale, da poter giustificare la diagnosi di una echinococcosi, mancano di controllo anatomico e non possiamo quindi soffermarci su di essi.

Il 6° fu negativo.

Meritano speciale considerazione il 2° ed il 6° caso.

Il 2° una prima volta ha dato reazione negativa ed una seconda volta leggermente positiva. La reazione negativa può spiegarsi sia pensando ad un diminuito potere anafilattizzante da parte del liquido idatideo, poichè, come ho fatto rilevare pocanzi, questo era stato prelevato da circa un mese, sia pensando ad una suppurazione della cisti avvenuta poco tempo dopo che la cisti si era formata, ossia prima che l'organismo si fosse sensibilizzato.

Infatti gli accessi febbrili (la cui natura malarica noi, con ripetuti esami, potemmo escludere) si verificarono, se non contemporaneamente, certamente poco tempo dopo che l'infermo aveva notato i dolori alla regione splenica, dolori che lo avevano indotto a presentarsi da noi.

Weinberg, da un esame accurato dei suoi casi e di quei di Appatye, Lorentz, Marañon, De Gaetano, K. Meyer, Putzu ha potuto assodare che gli anticorpi devianti il complemento, si trovavano ugualmente in circolo e davano reazioni positive, tutte le volte che la suppurazione della cisti era avvenuta parecchio tempo dopo la formazione della cisti stessa, mentre non li ha trovati mai, tutte le volte che la suppurazione della cisti si verificava poco tempo dopo la formazione della medesima.

L'intradermoreazione praticata una seconda volta ha dato risultato leggermente ma sicuramente positivo. La biopsia ci ha dimostrato trattarsi di una cisti spenta e quindi non più attiva e l'autopsia lo ha confermato. Ma l'autopsia ha messo in evidenza pure numerose ma piccolissime cisti nel fegato.

A queste, sempre sulla guida del Weinberg, noi attribuiamo la positività della reazione che fu lieve.

Siccome si tratta di cisti piccole e quindi di data recente, la sensibilizzazione organica è stata leggera, onde, di logica conseguenza, leggermente positiva doveva essere la intradermoreazione, perchè l'esito di questa da quella dipende; aumentando la sensibilizzazione organica con lo sviluppo delle cisti si sarebbe fatta più evidente la reazione anafilattica.

Riguardo al n. 6 nel quale la reazione fu da noi per la fugacità dei sintomi, interpretata in senso negativo, non possiamo certamente invocare la teoria antianafilattica del Besredka, come fece il Casoni per il suo caso (cisti comunicante con l'intestino), perchè mentre in quel caso esistevano rapporti fra cisti e organismo, nel caso nostro, data la condizione anatomica della parete cistica, questi erano interrotti.

In questo caso noi pensiamo ad una mancata sensibilizzazione organica per l'impenetrabilità della parete che impedisce l'assorbimento dell'antigene o lo permette solo in quantità insufficiente per la sensibilizzazione.

A queste conclusioni approda il Weinberg nei suoi studi riguardo alla formazione di anticorpi devianti il complemento.

Sono stati descritti casi certi di echinococco i cui sieri reagirono negativamente con la deviazione del complemento e con la precipitoreazione; mentre otto-dieci giorni dopo l'operazione (tutte le volte che la cisti non si potè asportare completamente) con i suddetti metodi, i sieri reagirono positivamente.

Ciò dimostra chiaramente che, mentre prima per cause concernenti la parete cistica, non esisteavno, fra organismo e cisti, rapporti sufficienti, ristabilitisi questi ultimi, venivano a crearsi le condizioni favorevoli alla formazione degli anticorpi.

Lo stesso ragionamento possiamo fare per il nostro caso.

La reazione è stata sempre negativa nelle malattie più svariate:

1. T. Lucia. — Diagnosi clinica: tubercolosi ghiandolare.
2. M. L. — Reumatismo articolare acuto.
3. S. Luigi. — Spondilite dorsale.
4. B. Rosa. — Nefrosi.
5. Sc. Salvatore. — Insuff. mitral. e broncopolmonite influenzale.
6. Is. G. M. — Tumore cerebrale.
7. Ch. Maria. — Nefrite g.
8. Dach. Raffaele. — Cirrosi atrofica del fegato.
9. R. G. — Cirrosi atrofica del fegato.
10. T. S. — Peritonite tubercolare.
11. S. G. — Tubercolosi disseminata.
12. Madr. Salv. — Peritonite purulenta saccata.
13. M. Raff. — Leucemia mieloide.
14. M. M. A. — Empiema.
15. S. Antonio. — Splenomegalia malarica.
16. S. N. — Ascesso polmonare.

17. S. Antonio. — Epato spleno megalia malarica.
18. P. Antonio. — Diabete mellito.
19. A. Giovanni. — Infezione luetica cerebrale.
20. L. S. — Angiocolite suppurativa.

Non abbiamo sufficiente esperienza degli altri metodi usati, nè abbiamo potuto fare uno studio comparativo fra i medesimi per poter dire quale di questi abbia maggior valore per gli scopi della Clinica. Uno studio già in corso solleverà questa questione.

Certo è che la intradermoreazione del Casoni, per la sua facile applicazione, per la sua portata pratica, per la sua innocuità costituisce un ottimo sussidio nella diagnosi di echinococcosi.

Sassari, 9 gennaio 1920.

BIBLIOGRAFIA.

T. CASONI. *Diagnosi biologica dell'echinococco umano mediante l'intradermoreazione.* « Folia Clinica, Chim. et Micr. », vol. IV, fasc. 3, 1912.

A. GASBARRINI. *Sul valore dell'intradermoreazione nell'echinoc. umano.* Communicaz. alla Soc. med. chir. di Pavia, 23 maggio 1919, riportato dalla « Gazz. Osped. e Clin. », n. 42, 1919, pubblic. nel « Policlinico », sez. medica, fasc. 12, 1919.

WEINBERG. *Die Echinokokken und die Serumdiagnostik der Echinokokkenkheit.* KOLLE und WASSERMANN, *Handbuch del pathogenen microrganismen.* « Band VIII ». Vi è una vastissima bibliografia sull'argomento.

PUTZU. *Diagnosi biologica dell'echinococcosi.* « Biochimica e Terapia sperimentale », 1909, fasc. 9.

CHAUFFARD, BOIDIN, LAROCHE. *Anaphilaxie hydatique expérimentelle.* « Compt. rend. Soc. Biolog. », novembre 1909.

BOIDIN, LAROCHE. « Presse médicale », 1910, pag. 329, 333.

GHEDINI. *Ricerche sul siero di sangue di individuo affetto da cisti da echinococco e sul liquido da essa contenuto.* « Gazz. Osped. Clin. », 1906, p. 1016.

WEIMBERG. *A propos de la tecnique de fixation du complément au point de vue surtout du séro diagnostic de l'echinocoque.* T. 66, 816-818, 1909. « Compt. Rend. Soc. Biol. ».

WEINBERG. *Valeur comparée de deux procédés de laboratoire (deviat de complem. et precipit. diagnostic) en vue du diagnostic de l'echinoc.* « Compt. rend. de la Soc. de Biol. », T. 66, 133-135, 1909.

PUNTONI. *Diagnosi biologica della cisti da echinococco.* « Bollett. Scienze Mediche di Bologna », maggio 1910.

DE GAETANO. *Fissaz. del complemento nella diagnosi di cisti da echinoc.* « Riforma Medica », ann. 26, n. 39.

ZAPELLONI. « Policl. », se. med. 1915, fasc. 7.

FAGIUOLI. *Echinoc. primit. del polmone.* « Riforma medica », 1919, n. 25.

CARDARELLI. *Cisti d'echinococco della milza.* « Riforma medica », n. 28, 1919.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su un caso di aneurisma artero-venoso della succlavia.

per il dott. UMBERTO BENEDETTI
docente di Patologia chirurgica nella R. Università di Catania.

Sin dal XXII Congresso di Chirurgia di Parigi (1909) il trattamento degli aneurismi in genere venne ampiamente illustrato da Monod e Vanverts, che, in base ad una numerosa statistica, stabilirono il criterio confermato con interessanti pubblicazioni fatte successivamente nella *Revue de chirurgie* che, laddove non era possibile per le condizioni anatomiche delle ferite o dei vasi l'applicazione dei metodi conservativi (angiorrafia, endoaneurismorrafia od operazione di Matas), la *resezione della sacca aneurismatica previa duplice o quadruplice legatura era il metodo* più vantaggioso per ottenere risultati definitivi soddisfacenti.

Con la guerra recente la chirurgia vasale si è arricchita di un prezioso materiale d'osservazione e per esso sono state confermate le conclusioni dei due eminenti chirurghi francesi.

Non è mia intenzione nel pubblicare questa breve nota addentrarmi nella valutazione dei vari metodi operativi ormai noti a tutti, nè tampoco discutere sulle condizioni, che permettono l'applicazione pratica di un metodo invece dell'altro; ma, per rispondere all'appello lanciato da Monod nel marzo 1916 in seguito alla discussione sorta in seno alla Società di chirurgia di Parigi a proposito delle considerazioni sugli aneurismi traumatici fatte da V. Subbotitch, esporre il risultato conseguito in un caso di aneurisma artero-venoso della succlavia da me operato con la quadruplice legatura ed asportazione della sacca ritenendolo degno dal punto di vista chirurgico.

A... A..., di anni 32, da Catania, il 25 gennaio 1919 veniva ripetutamente colpito alla spalla da proiettili di rivoltella sparatigli contro a bruciapelo.

Trasportato d'urgenza all'ospedale di pronto soccorso gli venivano riscontrate sei ferite d'arma da fuoco (rivoltella medio calibro): una alla regione sottoclavicolare sinistra; la seconda alla regione sopraspinosa dello stesso lato, la terza al collo, la quarta e la quinta alla regione interscapolare, la sesta in corrispondenza del primo metacarpo di destra guaribili in quindici giorni con riserva.

Trattenuto in ospedale per le sue gravi condizioni vi rimase fino al 28 febbraio uscendone guarito delle ferite, ma con un aneurisma artero-venoso della succlavia sinistra.

L'infermo infatti si lagnava di una molesta sensazione (thrill) alle regioni sopra e sottoclavicolare di sinistra (avvertita già poche ore dopo il ferimento), di dolori nevralgici intensi,

che dalla regione sopraclavicolare si irradiavano lungo l'arto superiore dello stesso lato, di disturbi sensitivi nel territorio del cubitale, di un notevole edema della mano e di una limitata capacità funzionale dell'arto.

Questi disturbi si accentuarono nei mesi successivi e per essi l'infermo venne alla mia osservazione ai primi di aprile.

Confermata la diagnosi di aneurisma artero-venoso della succlavia sinistra proposi l'intervento chirurgico, che venne eseguito il 24 aprile.

In narcosi morfio-cloroformica praticai un'incisione orizzontale, un dito trasverso al disopra del margine superiore della clavicola sinistra, lunga circa 8 cm. e con prudenza andai alla ricerca dell'arteria succlavia, attorno la quale immediatamente dopo la sua uscita dagli scaleni passai un laccio di catgut (di sicurezza).

Altra incisione lunga pure circa 8 cm. praticai all'ascella lungo il margine del muscolo coraco-brachiale e, scoperta l'arteria ascellare, passai un secondo laccio di sicurezza. Allora con una incisione obliqua prolungai in alto la ferita ascellare fino a congiungerla con la prima nella sua parte media. Sezionai il muscolo grande pettorale, l'aponeurosi clavi-pettorale, il piccolo pettorale e sulla medesima linea la clavicola ed il muscolo succlavio.

Il plesso brachiale ed i vasi della regione dagli scaleni fino al cavo ascellare erano in tal modo visibili come in un preparato anatomico: una sacca aneurismatica del volume all'incirca di un limone di media grandezza si era formata a spese della arteria e della vena succlavia. La sacca, lievemente pulsante, comprendeva quasi in misura eguale i due vasi: di questi la vena nella sua porzione centrale era dilatata, a pareti sottilissime; l'arteria invece ispessita, resistente. Distintissimo il thrill. Sollevando il laccio di sicurezza posto a monte sull'arteria il carattere pulsante della sacca scompariva e del pari cessava il rumore del thrill.

Praticai la quadruplice legatura dell'arteria e della vena il più vicino possibile alla sacca e cominciai l'isolamento della stessa. Il lavoro fu difficile per le aderenze intime, che si erano stabilite fra la sacca ed i vari fasci del plesso brachiale e spesso dovetti ricorrere ad una vera dissezione anatomica col bisturi.

Legai verso l'estremo inferiore della sacca l'acromion-toracica ed estirpai in toto la sacca. Questa era data da un involucro unico attraverso il quale l'arteria e la vena erano ampiamente comunicanti.

Curai l'emostasi definitiva, ricostituii la parete toracica suturando con catgut i muscoli e l'aponeurosi e con crine di Firenze la cute e lasciai un drenaggio tubulare all'angolo inferiore della ferita.

Fissai la spalla e l'arto, convenientemente ricoperti da ovatta abbondante, in posizione Desholle.

In sesta giornata tolsi il drenaggio tubulare, in dodicesima rimossi i punti di crine. Guarigione per riunione primaria. Sin dalle prime ore dopo l'operazione l'arto si mantenne sempre caldo e sensibile; diminuì l'edema della mano, cessarono i dolori nevralgici. Il polso alla radiale impercettibile.

In quindicesima giornata, essendosi anche formato un buon callo a manicotto nel punto di sezione della clavicola, cautamente furono tentati i primi movimenti dell'arto.

L'infermo fu dimesso dalla mia sezione chirurgica il 17 maggio del tutto guarito e con il ripristino della capacità funzionale dell'arto e della spalla.

Ho riveduto pochi giorni addietro il paziente, che esplica le sue ordinarie occupazioni senza avvertire più alcun disturbo, anche lieve. Il polso alla radiale è sempre impercettibile.

Il rilievo della dimissione dell'infermo dall'Ospedale di pronto soccorso malgrado l'accertamento diagnostico dell'aneurisma artero-venoso mi autorizza a ritenere che l'accordo sulla condotta, che in simili casi deve tenere il chirurgo, non sia stato ancora raggiunto. Infatti per quanto le conclusioni di Pluyette, che nel 1886 scriveva che « le doute n'est plus possible, l'expectation est un devoir; l'intervention est condamnable », siano state ormai abbandonate alla storia della chirurgia, oggi si discute sulla opportunità dell'intervento precoce nei casi di aneurismi traumatici, malgrado i risultati brillanti che si ottengono (grazie ai perfezionati metodi di tecnica e di asepsi) non giustifichino l'indugio in un'attesa inutile per quanto pericolosa.

L'osservazione presente conferma una volta più come dopo pochi mesi la sua formazione iniziale o una sacca aneurismatica artero-venosa può raggiungere un volume considerevole aggravando sensibilmente le sofferenze dell'ammalato ed avviandolo verso una delle non rare e temibili complicanze, che trovano un riscontro recente assai dimostrativo nella osservazione III di Camera, pubblicata sul fasc. 7 a pag. 764 della *Clinica chirurgica* dell'anno scorso.

In quanto alle ragioni, che nel caso presente mi fecero senz'altro scartare i metodi conservativi, debbo osservare che il volume della sacca aneurismatica, l'ampiezza della comunicazione artero-venosa conseguente alla estesa lesione delle pareti dei due vasi e la spiccata alterazione della parete della vena succlavia escludevano la possibilità di manovre destinate all'insuccesso.

Catania, 14 febbraio 1920.

MEDICINA SOCIALE.

Assistenza profilattica dell'infanzia.

Numerose sono in Italia le istituzioni, che hanno lo scopo di rinvigorire e risanare il fanciullo, vittima di tara ereditaria o di condizioni igienico-sociali e d'ambiente, inadatte e perniciose.

Durante la guerra, specialmente, esse presero notevole sviluppo per lo slancio onde la Nazione volle prodigare le sue amorevoli cure ai figli dei combattenti, stante la necessità pure, di preparare la nuova generazione forte e numerosa.

Quindi sono sorti dovunque, principalmente, nell'Alta e Media Italia, ricreatori, educatori, colonie di vacanza, scuole all'aperto, colonie marine e montane, estive e permanenti, ospizi marini.

Fra questi, per numero di fanciulli e mezzi finanziari primeggiano le colonie marine e montane e gli ospizi marini.

Si può dire, che non vi ha centro di qualche importanza, il quale non abbia la sua colonia, mentre gli ospizi, sorti per l'apostolato di Giuseppe Barellai fino dal 1853, ora raggiungono la cinquantina e, sparsi sulle rive dell'Adriatico e del Tirreno, possono accogliere in due o tre turni ogni anno da 15 a 16 mila fanciulli curando non solo la debolezza e la gracilità, ma anche le forme discrasico-costituzionali e le lesioni tubercolari localizzate ed esterne (1).

Anche la Commissione medica del dopo-guerra si occupò delle organizzazioni marine, montane e balneari, proponendo « di estendere validamente l'assistenza balneo terapica, con ospizi permanenti di mare e di altra montagna, e con sezioni popolari presso accreditate stazioni balneari ».

La lotta, che con tanto fervore si combatte per la tutela della salute del fanciullo, si svolge adunque prevalentemente mediante istituti, quali le colonie e gli ospizi dianzi accennati, ad organizzazione complessa e dispendiosa, inquantochè richiedono il trasporto e la permanenza dei fanciulli lontano dal luogo di residenza e l'apprestamento di grandi impianti per il ricovero ed i servizi.

Ora, poichè le risorse della carità e della beneficienza pubblica ne sono assorbiti, ne consegue che ciò impedisce di affrontare il male in modo adeguato, estendendo, come sarebbe necessario, l'opera benefica e redentrice alla grande moltitudine di coloro che ne sono bisognosi.

I quali può colcolarsi superino il 10 % degli scolari: ed infatti da un'inchiesta eseguita nel 1916 dal Patronato Scolastico nelle scuole elementari pubbliche di Roma, è risultato, che su 45.000 inscritti, 5000 circa avevano bisogno di cura, mentre l'Amministrazione delle Colonie è in grado di mantenere annualmente al mare od al monte soltanto una parte, e cioè un migliaio circa.

Lo stesso accade anche altrove, in città ricche, come Milano, dove è stato calcolato a circa 12,000 sopra 50,000 alunni il numero dei fanciulli gracili.

Si aggiunga, che l'assistenza nelle colonie in generale si estende ad un mese circa soltanto e quindi è insufficiente a modificare durevolmente predisposizioni e manifestazioni morbose, in fanciulli, specialmente, che sono destinati a far ritorno e vivere di nuovo nell'ordinario ambiente malsano.

Visto, adunque, come tali istituzioni siano inadatte a risolvere adeguatamente il grave problema, sarà conveniente adottare altri metodi più semplici e meno dispendiosi, per quanto egualmente efficaci, per la cui attuazione l'Italia fortunatamente offre condizioni le più favorevoli, quei metodi cioè che si avvalgono dell'azione curativa e profilattica dei raggi del sole.

Il quale agendo per virtù propria, indipendentemente da fattori climatici o d'altra natura, l'applicazione può forsene dovunque, pure in pianura e nel'interno del Paese, rendendosi perciò possibilie l'istituzione, in tutta vicinanza della città, di colonie, in cui i fanciulli, sottoposti ad un bagno permanente di sole l'intera giornata, la sera fanno ritorno a casa.

Per tal modo non occorrendo viaggi, nè impianti grandiosi e permanenti, perchè ai servizi, ridotti al minimo, può bastare qualche baracca o tenda, ne consegue che la spesa è molto minore in confronto delle altre istituzioni; è stato calcolato infatti, che con somma eguale può essere assistito un numero quintuplo di fanciulli.

A Roma in questo modo troverebbero assistenza tutti i 5 mila scolari bisognosi di cura !

Se evidente è la convenienza economica di adottare questo sistema, validi argomenti abbiamo pure per dimostrarne la bontà sotto il rapporto terapeutico.

La conoscenza della natura, meccanismo d'azione, effetti fisio-biologici e metodi d'applicazione dei raggi solari sull'organismo poggia ormai sopra basi scientifiche, mentre l'esperienza clinica, con metodo rigoroso iniziata, contemporaneamente, dal Vanzetti a Padova e dal Poncet a Lione fino dal princìpnio della seconda metà del secolo scorso ed intensificata ad opera di una pleiade di insigni cultori nell'ultimo ventennio, sanzionando una pratica empirica ultrasecolare, ne ha dimostrato l'alto valore curativo.

Tra le malattie, che se ne avvantaggiano, troviamo le tubercolosi chirurgiche esterne, che costituiscono l'indicazione più conosciuta, oltre alle

(1) *Le colonie scolastiche in Italia nel* 1918. Prof. G. CABRINI.

tubercolosi profonde e viscerali, dove pure il successo è notevole e nei primi stadi persino definitivo; troviamo, inoltre, tutte le forme di deperimento organico generale, l'anemia, clorosi, gracilità, scrofola, rachitismo, artriti ed osteoperiostiti ed altre ancora. In breve, tutte le predisposizioni e manifestazioni morbose. che sono dominio del trattamento climatico-balneare trovano indicazione anche nel trattamento solare, che è metodo non soltanto complementare, ma addirittura sostitutivo dell'altro, mostrandosi, invero, efficace anche laddove non esiste nè il mare, nè la montagna.

A confortare l'assunto, oltre l'autorevole attestazione che viene dagli istituti clinici, soccorre l'esperimento pratico eseguito in grande, sopra masse di fanciulli, nei quali notasi che aumenta, in generale, notevolmente, il peso corporeo, insieme allo sviluppo sensibile delle masse muscolari ed al miglioramento della crasi sanguigna e dello stato generale, che si manifesta un'esuberanza di forza e di vivacità, mentre le glandole si appiattiscono e il pus diminuisce e scompare dai seni fistolosi, che si chiudono e cicatrizzano.

Questa è la dichiarazione ed il giudizio unanime ed entusiastico di quanti direttamente si occupano ed interessano a tali esperimenti.

Mentre all'Estero le colonie elioterapiche, specialmente in Isvizzera, sono in auge e diffuse, in Italia, il paese del sole per antonomasia, se ne hanno esempi ancora assai limitati.

Oltre «i raggi di sole» aperti a Padova fino dal 1905, con risultati su un numero considerevole di fanciulli, che il dott. Randi, il quale ne è il fondatore, ha dichiarati *meravigliosi*, segnaliamo la colonia alla Ghisolfa ed il Campo estivo di Turro a Milano, dove ad un migliaio di scolari, dichiarati bisognosi del trattamento climatico, ma che non trovano posto nelle Colonie marine e montane, è dato egualmente di riacquistare forza e salute; segnaliamo, inoltre, le colonie Padane Cremonesi, da due anni fiorenti per numerosa frequenza di alunni, arrivati lo scoso anno a 1100, sui quali, scrive il dott. Fiorini, risultati ottenuti furono veramente brillanti, in ispecie, in certe forme aperte di tubercolosi ossea e glandolare ed in moltissime frome di deperimento organico, nelle quali insieme alla crasi sanguigna ha migliorato la nutrizione, così da aversi in meno di due mesi un aumento di peso di circa 5 a 6 kg.

Gli stessi risultati si erano ottenuti l'anno precedente, quando ebbe principio, a mia iniziativa, il trattamento solare (1).

Ho comunicato questi esempi, non tanto perchè a me meglio noti, ma per la considerazione, che la Valle Padana essendo depressa e generalmente umida, sembrerebbe, a tutta prima, poco propizia a tale trattamento, che, al contrario, come si è visto, vi riesce benissimo.

Cosicchè può dedursene, che in generale, dovunque in Italia, dove l'insolazione raggiunge le 2500 ore all'anno, al pari che nelle regioni meglio soleggiate del Mediterraneo, le condizioni climatiche consentono di applicare il trattamento solare.

Per la città di Roma ho raccolto presso l'Osservatorio del Collegio Romano i principali dati elio-meteorologici, indispensabili per impiantare una stazione elioterapica, relativi agli anni 1887-1895, i quali collimando con gli altri del periodo precedente 1875-1879 dimostrano la stabilità del clima di Roma.

Prosp. *A*.

1° *Coefficienti d'insolazione* (rapporto fra insolazione e durata del giorno solare);

2° *Numero medio delle ore intiere di sole per giorno.*

	1°	2°
Gennaio	0.40	2.72
Febbraio	0.47	3.37
Marzo	0.42	3.43
Aprile	0.47	4.22
aggio	0.52	5.09
Giugno	0.64	7.29
Luglio	0.75	9.21
Agosto	0.75	8.60
Settembre	0.61	5.67
Ottobre	0.52	4.02
Novembre	0.46	2.99
Dicembre	0.39	2.24

Il sole risplende varie ore della giornata durante la maggior parte dell'anno, discendendo solo nei mesi di novembre, dicembre e gennaio ad un minimo inferiore, di poco, alle 3*h* intiere d'insolazione.

Prosp. *B*.

Temperatura dell'aria.

	Media diurna	Media massima
Gennaio	6.97	11.12
Febbraio	8.20	12.60
Marzo	10.43	14.92
Aprile	13.74	18.48
Maggio	17.89	22.95
Giugno	21.76	27.20
Luglio	24.51	30.28
Agosto	24.13	30.02
Settembre	20.81	26.20
Ottobre	16.58	21.38
Novembre	11.62	15.65
Dicembre	8.14	12.00

Poichè la temperatura propria delle radiazioni solari si valuta col Vallot al doppio circa di quella dell'aria, da questo prospetto, messo in relazione al precedente, si deduce, che nel marzo è

(1) *Considerazioni pratiche di Elioterapia.* «Policlinico» (Sez. Prat.), 1919. Dott. A. PRATI.

possibile intraprendere un buon trattamento solare e prolungarlo fino al mese di novembre, dopo il quale è, tuttavia ancora attuabile, a completare il trattamento ordinario, il bagno freddo, quale tonificante dell'organismo.

Nei mesi di marzo e di settembre a novembre domina, invero, il vento di N-NE, che è dannoso all'elioterapia e molesto e quindi sarà necessario difendersene, scegliendo una località convenientemente riparata.

Prosp. *C*.

Ore dell'insolazione massima.

	Ore						
	0-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-1
Gennaio . . .	0.468	..	..	..	0.461	..	..
Febbraio . . .	..	..	0.552	..	..	0.536	..
Marzo.	..	..	0.543	..	..	..	..
Aprile	..	0.624	..	..	..	..	0.600
Maggio	..	0.677	..	..	0.640	..	..
Giugno	..	..	..	..	0.816	..	..
Luglio	..	0.917	..	..	..	0.932	..
Agosto	..	0.927	..	..	..	0.902	..
Settembre . . .	0.791	0.791	..	..	..	..	..
Ottobre	..	..	0.633	..	..	..	..
Novembre . . .	..	0.565	..	..	0.517	..	..
Dicembre . . .	..	0.481	..	..	0.473	..	..

Coincidono, pressochè, col periodo di maggior energia attinica del sole, in rapporto alla sua inclinazione sull'orizzonte, periodo che va dalle 10*h* alle 14*h*.

Nei mesi più caldi sarà utile eseguire il trattamento durante il periodo che sta intorno al massimo mattutino (10*h*-11*h*), mentre negli altri mesi converrà scegliere il periodo del secondo massimo. È ovvio, tuttavia, che ciò dovrà essere regolato secondo l'effetto terapeutico, che si intende conseguire, in base alla qualità del bagno da applicarsi, freddo, caldo o tepido (detto anche ordinario), fra 30° e 37° C

A Roma la scorsa estate fu già eseguito lungo il Tevere, a cura delle Colonie Scolastiche, un primo esperimento di colonia elioterapica con un centinaio di fanciulli, e, sebbene manchi tuttora la relazione, mi consta che i risultati ottenuti in forme di debolezza, gracilità, scrofola, ecc. furono eccellenti.

Intanto la Mutualità Scolastica suole raccogliere per due mesi estivi sul Palatino un centinaio di fanciulli deboli e gracili e trattenerveli dal mattino alla sera, somministrando loro il vitto necessario. Lo stesso pratica il Comune di Roma a Villa Pamphili sopra un migliaio di ragazzi.

Per cui a Roma già abbiamo la base per un adeguato impianto di colonie elioterapiche, a cui si prestano, come abbiamo veduto, le favorevoli condizioni climatiche.

Ed, invero, queste colonie si stabiliscono nei dintorni dei centri abitati, in modo che ai fanciulli sia facile ogni giorno accedervi, partendo dalle loro case; in luogo libero da polvere, fumo e da altre cause d'insalubrità; verdeggiante per favorire la riflessione dei raggi attinici e rendere il bagno più attivo; possibilmente in margine a zona alberata, affinchè si possa trovare piacevole rifugio nelle ore calde; con buona esposizione per beneficiare dei raggi solari il più lungamente possibile, ad al riparo dei venti dominanti, freddi e molesti.

Condottivi la mattina, i fanciulli fanno ritorno a casa ogni sera verso il tramonto, ricevendo i pasti in colonia, dove, mentre attendono a giuochi ed esercitazioni sportive e scolastiche, sono assoggettati a corpo denudato ad un bagno permanente di sole l'intera giornata.

Al trattamento totale e completo si arriva gradualmente, cominciando in mutandine corte da bagno l'esposizione nelle ore più calde e curando, sul principio, che non avvenga di star fermi al sole più di un quarto d'ora, per proteggersi dal quale, finchè almeno non intervenga l'abitudine, è necessario usare un copricapo di paglia o di tela.

Per i fanciulli più deboli sarà bene cominciare, tenendoli coricati al sole un quarto d'ora o meno, e prolungare l'esposizione ogni giorno un tempo sempre maggiore, finchè la pigmentazione, segno dell'acquisita resistenza, non siasi fatta marcata: allora il trattamento può essere fatto liberamente.

Anzi, con questi e gli altri fanciulli colpiti da manifestazioni morbose, aperte e gravi, o per cui l'immobilizzazione è condizione indispensabile curativa (morbo di Pott e le diverse artriti tubercolari, ecc.) converrà, come si pratica presso le colonie Padane Cremonesi, istituire una sezione elioterapica a parte, dove si possa eseguire il trattamento curativo classico, sostituendo così completamente le cure balneari e climatiche, marine e montane.

La soluzione prospettata dell'importante problema relativo all'assistenza dell'infanzia troverà difficoltà nell'attuazione, sebbene non imponga nuovi oneri alla beneficenza, perchè è ostacolata da pregiudizi, consuetidini e metodi, ormai consacrati da lungo successo e sorretti dal più largo consenso del pubblico.

Epperciò è necessario dare opera ad un'attiva ed intensa propaganda, fatta non tanto di parole, quanto di esperimento, cui è dovere dei pubblici poteri con ogni mezzo incoraggiare, promuovere, divulgare.

Inquantochè il problema interessa sopratutto l'avvenire della Nazione, la quale, uscita dall'immane conflitto indebolita di uomini e beni, abbisogna di avvalersi di tutte le proprie energie per rinfrancarsi e ricostituirsi.

ALESSANDRO PRATI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La rabbia.

(RENÉ PARAK. *Gazette des Hôpitaux*, n. 4 e 6, gennaio 1912).

Durante la guerra, in tutta la Francia è stato constatato un aumento considerevole nel numero dei casi di rabbia, che da 62 verificatisi nel 1916 sono saliti a 411 nel 1918. L'A. ritiene opportuno riassumere le note caratteristiche della rabbia nell'uomo, ed i principî generali delle misure preventive da adottare contro di essa.

SINTOMI DELLA RABBIA.

Incubazione. — Il periodo minimo di incubazione della rabbia è di 10 giorni, e questo si verifica nei casi di morsicature multiple e profonde della faccia o in caso di morsicature da lupi. Nella maggioranza dei casi l'incubazione è di 25, 30 giorni. Cadet e Gassicourt riportano un casi di incubazione di un anno; Chantemess di 26 mesi e Colin cita 2 casi nei quali la rabbia si sviluppò 4 o 5 anni dopo la morsicatura.

Prodromi. — Appartengono ad essi le modificazioni che si verificano in corrispondenza della cicatrice della morsicatura e che sono anzitutto rappresentate da tumefazione, arrossamento e comparsa di prurito.

Molto più importanti sono le modificazioni del carattere e delle facoltà psichiche che possono insorgere anche 15 giorni prima dello sviluppo della rabbia e che sono costituite o da esagerata affettività, o da collera e facile irritabiltà e alle volte da vera agitazione con delirio. Costante è la tendenza alla tristezza ed alla solitudine. Alle volte si può avere anche cefalea, agitazione e rifiuto di mangiare, altre volte vomiti, accessi di soffocazione e idrofobia.

PERIODO DI IDROFOBIA E DI FURORE.

Tale periodo è caratterizazto da una abnorme eccitabilità del sistema nervoso, specie nel territorio d'innervazione bulbo-protuberanziale, e conseguente comparsa di spasmi fra i quali, caratteristico oltremodo è quello del faringe accompagnato da senso di ripugnanza per i liquidi.

Dapprima il malato prova soltanto disgusto per l'acqua, ma può ancora bere e lo spasmo è assai attenuato. In seguito respinge qualsiasi bevanda, e, se per l'insistenza di chi lo circonda, prende un bicchiere d'acqua, lo avvicina e allontana più volte dalle labbra, poi al solo contatto del bicchiere con le labbra si produce lo spasmo del faringe; gli occhi divengono fissi; i lineamenti e tutto il corpo si contraggono, la respirazione si arresta. Dopo qualche secondo però ritorna la calma.

Le crisi spasmodiche dapprima di breve durata, a poco a poco divengono più frequenti e più lunghe, e basta che il malato, veda, o senta versare un liquido od anche che vi pensi perchè la crisi si manifesti. Alle volte anche gli alimenti solidi sono capaci di determinare lo spasmo del faringe.

Notevole è anche l'iperestesia cutanea per la quale è sufficiente la minima corrente d'aria allo svolgersi di vere crisi spasmodiche. Intensa è la fotofobia. Costanti sono i disturbi respiratori che il più delle volte precedono l'idrofobia e sono rappresentati da polipnea o da rallentamento degli atti respiratori. Talvolta si è osservato la comparsa di un ritmo respiratorio analogo a quello di Cheyne-Stokes, ma molto più irregolare.

I malati non possono deglutire la saliva, onde espettorano una saliva ora fluida, ora schiumosa, biancastra; sputano continuamente ovunque, e si raccomandano che nessuno li avvicini.

Altro sintomo caratteristico di questo periodo è quello costituito dallo stato mentale. Le facoltà psichiche si acuiscono; ricordi lontani si affacciano alla memoria con particolare nettezza; particolari sono la lucidità nel ragionare e la squisita delicatezza di sentimenti.

Talvolta però compaiono idee deliranti; allucinazioni dovute per lo più ad iperestesie sensitivo-sensoriali, ed agitazione furiosa con grida; contrazioni convulsive degli arti, o rigidità tetanica di essi.

Spesso la temperatura non si eleva al di sopra della norma che negli ultimi giorni della malattia. Sono state però in alcuni casi notate delle elevazioni febbrili intermittenti tanto durante il periodo di incubazione che durante i primi giorni della malattia.

Esiste però quasi sempre una completa discordanza fra la curva della temperatura e quella del polso, notandosi polso di frequenza normale con temperature assai elevate; e tachicardia spiccata con modica febbre.

L'A. non ha osservato mai nè albuminuria, nè glicosuria. La leucocitosi notata da alcuni non presenta caratteri speciali. Il liquido cefalo-rachidiano è normale.

Periodo della paralisi. — All'eccitazione del periodo dell'idrofobia segue un collasso completo. Il corpo si copre di sudore, il polso è piccolo, filiforme, le pupille dilatate; la saliva schiumosa scola dalle commessure delle labbra; gli occhi sono vitrei. Sul corpo compaiono delle marmorizzazioni violacee; le cicatrici delle morsicature diventano violacee; le estremità cianotiche.

Nelle forme acute, i malati muoiono in due o

tre giorni in coma. La morte può avvenire anche prima durante una crisi di idrofobia o improvvisamente per sincope, o per asfissia in seguito a disturbi della deglutizione.

FORME CLINICHE DI RABBIA.

Rabbia paralitica. — In contrapposto alla rabbia furiosa che viene presa come tipo nella descrizione della malattia, esiste un' altra forma, quella paralitica che è stata oggetto di numerose discussioni specie quando si è trattato di applicare la vaccinazione antirabica. Infatti alcuni pensavano che tale forma paralitica fosse dovuta esclusivamente al vaccino. Però le forme paralitiche erano note anche prima dell'applicazione del vaccino e già nel 1735 Houin riportò 4 casi di rabbia paralitica su 8 casi di persone morsicate da un cane rabbioso.

Anche Van Swieten qualche anno più tardi ne osservò alcuni casi.

L'A. ne riporta un caso nel quale non fu affatto praticata la vaccinazione.

Il malato presentava 3 cicatrici al collo del piede destro, ed al momento dell'ingresso all'ospedale accusava soltanto una spiccata debolezza agli arti inferiori. Dopo alcuni giorni il piede destro divenne cadente ed i movimenti di flessione ed estensione delle dita del piede si fecero sempre più lenti e meno estesi che a sinistra. Riflesso rotuleo destro abolito. Nessun disturbo nella motilità degli arti superiori e della faccia. Sfinteri normali. Sensibilità esagerata specie per il freddo. Fotofobia. Comparvero delirio polimorfo ed allucinazioni.

Il terzo giorno si manifestarono disturbi della deglutizione, idrofobia e aerofobia ed il decimo giorno sopravvenne la morte in coma.

Probabilmente il virus rabido aveva progressivamente invaso il nervo safeno e si era diffuso sino al bulbo.

Nella rabbia paralitica alle volte la paralisi è completa ed interessa varie parti, altre volte resta localizzata anche ad un solo muscolo.

A seconda del nervo primitivamente invaso dal virus rabido si sono notate forme simpatiche con sudori profusi, pallore, midriasi, esoftalmo; forme con allucinazioni olfattive nelle morsicature del naso (Roux); con vertigini e disturbi della deambulazione a tipo cerebellare nelle morsicature dell'orecchio.

DIAGNOSI DELLA RABBIA NELL'UOMO.

Ai dati forniti dall'anamnesi e dall'esame clinico, dopo i lavori di Pasteur, servono per la diagnosi le forme sperimentali eseguite nell'animale morsicatore, nella virulenza della bava, e dopo la morte del malato l'esame istologico del sistema nervoso e l'inoculazione nel coniglio.

L'idrofobia è considerata come il sintomo caratteristico della rabbia. Tuttavia tale sintomo può comparire dopo un viva emozione in un individuo morsicato e oltremodo preoccupato. La certezza che il cane non era rabbioso è sufficiente a far scomparire la idrofobia di questa falsa rabbia. D'altra parte occorre tener presente che in tali casi l'idrofobia compare subito dopo la morsicatura a differenza di casi di rabbia vera nei quali esiste sempre un periodo di incubazione.

Nel tetano si può avere idrofobia; ma l'incubazione del tetano è assai più breve di quella della rabbia e le convulsioni tetaniche sono generalizzate, mentre nella rabbia gli spasmi tonici sono localizzati ai muscoli innervati dal bulbo e dal midollo cervicale.

Alcune forme di alienazione mentale e certi tumori cerebrali possono dar luogo a segni di idrofobia. Secondo Brouardel spesso la rabbia è stata confusa col *delirium tremens* specie per le allucinazioni, l'agitazione, i disturbi respiratori e della deglutizione, e Babes pensa che la rabbia qualche volta, negli alcoolisti, possa assumere i caratteri del *delirium tremens*.

La rabbia presenta pure all'inizio qualche analogia con la meningite tubercolare, e, quando essa si presenti nella forma paralitica, con la malattia di Landry. La diagnosi certa in tal caso si può fare dopo la morte con l'esame istologico della sostanza grigia delle corna anteriori e del bulbo e con l'inoculazione nel coniglio. Con la rabbia possono confondersi anche certe mieliti ascendenti acute simili alla sindrome di Landry, ed anche in tali casi è necessario ricorrere all'esame istologico ed alla inoculazione.

CURA DELLA RABBIA DICHIARATA.

Nessun vaccino e nessun siero può agire quando la rabbia è dichiarata. In tal caso l'A. ha usato con vantaggio, e soltanto per sollevare alquanto l'ammalato, le iniezioni endovenose di cloralio nella dose di 4-5 grammi sciolti in 400-500 centimeri cubici di soluzione fisiologica.

PROFILASSI DELLA RABBIA.

Nella lotta contro la rabbia occorre anzitutto cercare di impedire il propogarsi della malattia dagli animali all'uomo, esercitando una accurata sorveglianza sui cani. I primi segni della rabbia nel cane sono costituiti da una modificazione caratteristica della voce e da una mutamento nel carettere dell'animale, che diviene triste, rifiuta il cibo e più tardi l'acqua, o corre in preda a vero furore mordendo qualsiasi cosa, sino a che, verso il quarto giorno circa, compare la paralisi del treno posteriore e la morte.

Nei casi sospetti è necessario uccidere l'animale, o, quando muore, farne l'autopsia ed iniet-

tare una emulsione di cervello e bulbo nella camera anteriore dell'occhio di un coniglio.

L'esame istologico del cervello mostra la presenza di focolai miliari nella sostanza grigia e nelle zone motrici. Le cellule nervose sono pallide, vacuolizzate, mostrano i loro prolungamenti interrotti, ed il nucleo modificato ed invaso da piccole cellule rotonde mononucleari (Babes). Negri ha descritto nel protoplasma delle grandi cellule del Corno d'Ammone dei corpiciattoli triangolari o piriformi circondati da una zona chiara e contenenti uno o più piccoli corpuscoli. Van Gehuchten ritiene che soltanto i noduli riscontrati nei gangli spinali e nel pneumo-gastrico siano caratteristici per la diagnosi di rabbia.

Ma la lotta non deve essere svolta soltanto contro i cani rabbiosi o sospetti di rabbia, ma anche specialmente contro tutti i cani randagi che, come è noto, più facilmente degli altri sono morsicati e possono quindi diffondere facilmente la rabbia.

Gli animali morsicati da un cane rabbioso devono essere uccisi immediatamente, poichè l'incubazione della rabbia può in essi durare da 30 a 60 giorni e troppi sarebbero i pericoli in un così lungo periodo di osservazione. Anche il gatto può trasmettere la rabbia ed in Francia compare nel 7-8 per cento dei casi.

I lupi, come è noto possono essere affetti da rabbia, e facilmente danno grande diffusione alla malattia, morsicando gli animali da gregge.

Quando l'animale è rabbioso, od anche soltanto sospetto, conviene sempre sottomettere subito l'individuo morsicato alla vaccinazione anche in attesa dell'esito delle ricerche sperimentali praticate sul cervello dell'animale.

VACCINOTERAPIA.

Nel 1881 Galtier dimostrò che con le iniezioni successive di saliva di cane rabbioso nelle vene del montone, si riesce ad attenuare la recettività per la rabbia.

Pasteur, iniettando il bulbo di animali rabbiosi sotto la dura madre nel coniglio, ottenne lo sviluppo della rabbia dopo una incubazione di 15-20 giorni. Con passaggi successivi da coniglio a coniglio ottenne una esaltazione del virus tanto che l'incubazione era ridotta a 7 giorni. Non riuscì ad ottenere una virulenza maggiore, onde il virus così ricavato venne indicato come virus fisso.

Pasteur paraltro osservò che il disseccamento costituisce un mezzo di attenuazione del virus, e che era sufficiente sottoporre per 7-8 giorni il midollo spinale di un coniglio morto di rabbia al disseccamento, perchè fosse impossibile ottenere con esso la trasmissione della rabbia al cane. Il primo caso curato con la vaccinazione da Pasteur, si riferisce al pastore Joseph Meister, morsicato in varie parti del corpo da un cane sicuramente rabbioso. La cura fu iniziata il 5 luglio 1885 e nell'ottobre 1885 la guarigione fu ritenuta sicura.

Il metodo impiegato ora nell'Istituto Pasteur consta in inoculazioni di virus di virulenza progressivamente maggiore per 15 giorni nei casi lievi, 20 giorni nei casi più gravi. Per affermare che la vaccinazione sia stata efficace occorre lasciar passare almeno 16 giorni dall'ultima iniezione, e poichè ordinariamente il periodo di incubazione oscilla dal 2° a 3° mese dalla morsicatura, così la rabbia può essere combattuta e prevenuta quando la cura venga iniziata subito.

L'inattivazione dei midolli si fa ponendo i midolli in recipienti a doppia tubulatura, nelle stufe a 22 gradi e lasciandoveli da 2 a 7 giorni. Dopo tale disseccazione, i midolli sono conservati in glicerina, e per l'inoculazione se ne triturano 2 millimetri in 3 centimetri cubici di soluzione fisiologica. A seconda della gravità delle morsicature si seguono per le inoculazioni i seguenti schemi.

1° *Morsicature semplici.*

1ª	iniezione;	midollo di	7 giorni
2ª	»	»	6 »
3ª	»	»	6 »
4ª	»	»	5 »
5ª	»	»	5 »
6ª	»	»	4 »
7ª	»	»	4 »
8ª	»	»	3 »
9ª	»	»	5 »
10ª	»	»	4 »
11ª	»	»	4 »
12ª	»	»	3 »
13ª	»	»	4 »
14ª	»	»	3 »
15ª	»	»	2 »

2° *Morsicature multiple.*

16ª	iniezione;	midollo di	3 giorni
17ª	»	»	3 »
18ª	»	»	2 »

3° *Morsicature multiple e alla faccia.*

19ª	iniezione;	midollo di	3 giorni
20ª	»	»	2 »
21ª	»	»	2 »

Högyes ha usato invece il virus fisso diluito al 1:000 o meno poichè ha osservato che alla diluizione di 1:10000 non uccide più il coniglio e all'1:5000 non è capace di trasmettere la malattia.

Gli inconvenienti notati in seguito alla vaccinazione sono i seguenti:

1° Nei soggetti malarici la vaccinazione provoca la comparsa di accessi febbrili;

2° Negli isterici determina crisi isteriche;

3° Negli epilettici, durante il trattamento, secondo alcuni si sospenderebbero gli accessi convulsivi, secondo Féré, gli accessi invece si distanzierebbero soltanto;

4° La paralisi da vaccino. Circa 12 giorni dopo l'inizio della cura si può notare elevazione febbrile della temperatura, paresi degli arti inferiori, ritenzione di urina; paralisi del facciale e dopo poco la morte. Remlinger sopra 107,712 casi ha riscontrato 40 casi di paralisi dei quali 38 sono guariti e 2 morti. Non è però ancora accertato che in tali casi non si tratti piuttosto di rabbia attenuata per effetto della vaccinazione anzichè di azione nociva dovuta al vaccino.

Tali fatti sono stati invocati da coloro che sono contrari alla vaccinazione di Pasteur. Ma mentre prima della vaccinoterapia su 100 morsicati da cani rabbiosi o da cani sospetti di rabbia, la malattia si sviluppava nell'80 % dei morsicati alla faccia; nel 20 % dei morsicati agli arti; dalla fondazione dell'Istituto Pasteur sino al 1894, sopra, 14,430 vaccinati soltanto 72 sono morti (0.50 per cento) e sopra 1213 morsicati alla faccia soltanto 16 sono morti nella proporzione cioè dell'1.32 %.

La sieroterapia sola (Babes-Tizzoni) non ha dato risultati paragonabili a quelli ottenuti con la vaccinoterapia; usata però insieme con la vaccinazione renderebbe più attiva l'azione dei vaccini. TRENTI.

CHIRURGIA.

Trattamento delle stenosi cicatriziali dell'esofago consecutive ad ustioni.

(L. LEDOUX. *Le Scalpel*, n. 6, febbraio 1920).

I lavori di Moure e Guizer e quelli di Sencert, sembravano avere ormai definitivamente fissato il trattamento da usare nelle stenosi cicatriziali dell'esofago, dovute ad ustione. Le osservazioni compiute dall'A. dopo il 1916 mostrarono la necessità di riprendere il problema, ponendo nuovi principî per la cura delle stenosi di vario grado.

Attualmente, avuto riguardo ai diversi mezzi terapeutici da impiegare, la classificazione delle stenosi cicatriziali da ustione dell'esofago è la seguente:

A) *Casi benigni.*

1° Stenosi membranose concentriche, o tubulari corte a orificio centrale, trattabili con la dilatazione orale; la cura è costituita dal passaggio di sonde esofagee gradualmente più grosse, che penetrano facilmente, senza bisogno del controllo della vista.

2° Stenosi membranose eccentriche o tubulari corte eccentriche, curate con la dilatazione con laminaria o caoutchouc sotto la guida ed il controllo dell'esofagoscopio.

B) *Casi gravi.*

1° Stenosi tubulari corte ma a orificio eccentrico non trovabile nel dedalo dei diverticoli e delle briglie cicatriziali.

2° Stenosi tubulari lunghe e tortuose.

3° Stenosi multiple difficilmente aggredibili; trattabili tutte con la gastrostomia, col sondaggio retrogrado e con la dilatazione sul filo senza fine.

4° Stenosi non aggredibili, nè per via alta nè per via bassa, che richiedono l'esofago-gastrostomia quando si trovano vicino al cardias; o l'esofago pretoracico di Roux quando risiedono più in alto; a meno che non si voglia applicare la gastrostomia *ad vitam*.

Fra i metodi di cura, la gastrostomia occupa un posto importante tanto che Sencert afferma che essa deve essere usata in tutti i casi di stenosi non aggredibili per via alta e in tutti i casi che non sono completamente, facilmente e costantemente aggredibili per via alta.

Secondo l'A. non esistono stenosi non aggredibili per via alta, e tutte le stenosi giudicate non aggredibili possono essere trasformate in stenosi facilmente, costantemente, completamente aggredibili; applicando così un trattamento essenzialmente conservatore che permette di raggiungere, anche nei casi più difficili il punto stenosato, attraverso le vie naturali.

Quando la cura può essere iniziata immediatamente dopo l'ustione, è utile applicare il trattamento preventivo costituito dall'introduzione nell'esofago di drenaggi in caoutchouc molle di diametro e lunghezza appropriati, che, lasciati in sito, permettono di alimentare ugualmente il malato senza ricorrere alla gastrostomia, ed impediscono la formazione di aderenze fra le due pareti lese.

L'autore riporta 8 casi di ustioni dell'esofago con stenosi gravi e di vario grado — alcune uniche, altre multiple —. In tutti fu applicato il metodo proposto, cioè la dilatazione graduale per via alta, dapprima sotto il controllo della vista, mediante la guida dell'esofagoscopio, poi senza il controllo della vista, quando si era ottenuta una dilatazione sufficiente per il passaggio di cateteri uretrali di gomma con o senza mandrino, e di sonde esofagee.

Quando le stenosi sono multiple: è necessario prima ottenere una sufficiente dilatazione del primo tratto stenotico, che permetta con l'aiuto dell'esofagoscopio, di ritrovare l'apertura della seconda stenosi, onde procedere alla sua successiva dilatazione. Con ciò è possibile poi, e senza

il controllo della vista, dilatare successivamente e contemporaneamente entrambi i tratti stenotici.

In uno dei casi riportati di stenosi multiple fu necessario praticare una gastrostomia per potere alimentare sufficientemente l'ammalato. Anche procedendo per via bassa non si riuscì a raggiungere più facilmente che per via alta tutti i punti stenosati, e l'aver potuto in tale caso applicare tanto l'uno che l'altro metodo, dimostrò come possa essere sufficiente il metodo della dilatazione per via alta anche nei casi più gravi e complessi.

L'A. giunge poi alle seguenti conclusioni:

1° Il metodo per via alta in due fasi può essere applicato nella grande maggioranza dei casi. Esso consiste, nella prima fase, nella dilatazione graduale della o dei restringimenti e a renderli facilmente, costantemente e completamente raggiungibili; nella seconda fase a dilatare per mezzo di sonde uretrali in gomma, con o senza maudrino, la stenosi resa aggredibile;

2° Fin'ora la diagnosi delle lesioni dell'esofago non è stata spinta sufficientemente avanti; la radiografia deve rendere grande aiuto purchè la tecnica sia rigorosa e giustamente interpretati ne siano i risultati;

3° Le stenosi realmente complicate e difficili non possono essere aggredite tanto per la via bassa che per la via alta in una sola seduta. Occorre procedere a gradi e la via alta offre in ciò notevoli vantaggi;

4° Il metodo per via bassa richiede una gastrostomia: presenta maggiore difficoltà ed è meno sicuro di quello per via alta.

Mentre in questi casi si tratta sempre di restringimenti intrinseci, in certi casi esistono cause estrinseche di stenosi rappresentate da aderenze pleuriche, da aderenze periesofagee a livello dei gangli dell'ilo, che possono produrre inginocchiamenti e diverticoli dell'esofago per trazione.

Pertanto il trattamento delle stenosi dell'esofago consecutive ad ustioni può essere così riassunto:

Nelle stenosi intrinseche quando si tratti di restringimenti membranosi o tubulari corti ad orificio centrale è sufficiente la dilatazione orale, quando si tratta delle altre varietà si deve usare la dilatazione per via alta in due fasi.

Nelle stenosi estrinseche occorre praticare una toracotomia con distacco delle aderenze quando la stenosi per trazione è situata in una zona accessibile chirurgicamente: quando invece la stenosi non sia raggiungibile direttamente, occorre tentare l'esofago pretoracico o ricorrere alla gastrostomia ad vitam.

TRENTI.

NEUROLOGIA.

Para-osteo-artropatie dei paraplegici da lesione midollare.

Studio anatomico ed istologico.

(M.me DEJERINE, M. ANDRÉ CEILLER et M.lle YV. DEJERINE. *Revue Neurologique*, maggio 1919).

Gli AA. hanno segnalato a più riprese alla Soc. di Neurologia di Parigi, l'esistenza di ossificazioni juxta-periostali, justa-muscolari, inter- e perifascicolari, nei paraplegici, per lesioni del midollo e le hanno designate col termine di *Para-osteo-artropatie* (P. O. A.).

Avendo già in altre pubblicazioni comunicato le osservazioni cliniche e radiografiche, trattano, in questa, le alterazioni anatomiche ed istologiche delle P. O. A.

E studiano: 1° le *paraosteoartropatie propriamente dette;* 2° le *ossificazioni intramuscolari*, in pieno muscolo, a distanza dello scheletro.

Le P. O. A. si osservano nei paraplegici da lesioni midollari, nella frequenza del 48,7 %; hanno localizzazioni abitualmente multiple; le loro sedi preferite sono: il condilo interno del femore, la diafisi femorale e la regione coxo-femorale; sono cioè para-articolari, paraepifisarie, paradiafisarie. Esse mancano del tutto al di sotto del ginocchio, e al disopra del bacino; appaiono precocemente, hanno una evoluzione rapida e lasciano abitualmente integro lo scheletro articolare.

La struttura delle neoossificazioni varia secondo la sede; esse presentano un tessuto compatto a livello del condilo interno del femore e sulla base d'impianto coxale, un tessuto spongioso lungo la diafisi femorale. La costanza di queste sedi si spiega forse con la ricchezza in tessuto fibroso, tendini e ligamenti della regione interna del ginocchio e della regione coxofemorale. Al condilo interno del femore, l'osteofita è accollato contro l'epifisi con un superficie più o meno larga, e raggiunge il volume di una nocciola, di una noce ed anche di una massa più voluminosa. Le neoformazioni paradiafisarie, costituite di tessuto osseo spongioso, sono per lo più in continuità con la massa compatta accollata al condilo interno, ma talvolta sono separate le une dalle altre. A livello dell'articolazione coxo-femorale, la neoproduzione ossea assume un tipo ben speciale, che gli autori riassumono con una parola: *anchilosi cerchiata*. Si ha cioè intorno all'articolazione un vero *échafaudage osseux* che, salvo al suo punto d'impianto coxale, ove è composto di tessuto compatto, è costituito di tessuto spongioso. Assenza, nell'immensa maggioranza dei casi, di alterazioni dello scheletro articolare.

I tagli praticati in serie, in due casi di P.O.A.,

a livello del condilo interno, mostrano che la massa neoformata è indipendente dallo scheletro, salvo a livello d'una base d'impianto. Sia che si tratti di P.O.A. dell'anca o del ginocchio le ossificazioni hanno sede sempre al di fuori della sinoviale.

Le *ossificazioni juxta-muscolari e peri- e interfascicolari,* si sviluppano lontano dallo scheletro, in pieno muscolo o più esattamente in pieno tessuto fibroso intra-muscolare. Si presentano con particolare frequenza a livello del medio gluteo, del tensore della fascialata, del quadricipite.

Istologicamente le ossificazioni patologiche che si osservano nei paraplegici, sono caratterizzate dall'esistenza di bottoni ossei (o cartilaginei) attorniati d'ogni lato da un tessuto fibroso denso che li separa dalle fibre muscolari. Queste ultime sono atrofiche quando siano lese le corna anteriori o le radici.

La patogenesi di queste P. O. A. è oscura. Accertata, com'è, l'assenza di suppurazioni localizzate o di ematomi a livello delle P. O. A., gli AA. interpretano le neoproduzioni ossee come un fenomeno di ordine metaplasico, prodotto dall'influenza indiretta dell'edema sottocutaneo e profondo, e dell'irritabilità funzionale degli elementi nervosi della colonna simpatica intermedio-laterale, nei segmenti midollari sottostanti alla lesione traumatica, e dall'influenza diretta dei pesi, del peso del corpo e della trazione esercitata sui tessuti fibrosi intra e perimuscolari, sui legamenti, sui tendini.

G. PILOTTI.

FISIOPATOLOGIA.

La funzione della glandola pineale.

(GORDON. *Endocrinology,* 1919, n. 4).

L'epifisi o corpo pineale è un piccolo organo a forma di cono del diametro di 5 mm. attaccato a mezzo di un breve peduncolo alla superficie dorsale del terzo ventricolo. La sua forma, le sue dimensioni, il suo colore sono molto variabili e non sono proporzionati col volume del cervello e del corpo. Nell'uomo esso non presenta alcun carattere istologico di organo di senso ed invece pare che contenga cellule secretive e forse anche nervose. Pende sostiene che l'epifisi sia connessa col dielencefolo e col mesencefalo a mezzo di fibre mieliniche.

Nella vita extrauterina il corpo pineale presenta il massimo sviluppo nei primi anni della infanzia; successivamente subisce una involuzione fisiologica. Non è ancora ben stabilito quando si verifichi questo processo involutivo, che secondo Birdl si avrebbe al settimo anno di vita e secondo Cushing all'epoca della pubertà. E secondo qualcuno non si tratta di una vera degenerazione, ma soltanto di una trasformazione istologica e funzionale.

Krable descrive le alterazioni regressive come aumento di connettivo e formazione di concrezioni, di placche, di nevrolgia e di cisti. Marburg osserva che i primi segni della degenerazione, che compaiono dal 4° al 7° anno di vita, sono costituiti dalla presenza di sabbia, formata di carbonato e di fosfato di calcio; successivamente si ha la infiltrazione del tessuto connettivo a spese degli elementi glandulari. La sovrapposizione, la fusione delle concrezioni calcaree può assumere varie forme e dimensioni, fino ad invadere un terzo dell'organo.

Data la situazione della glandula pineale, la sua estirpazione, presenta gravi difficoltà sopra tutto in rapporto alla possibilità di ledere contemporaneamente il cervello ed i seni venosi. D'altra parte capita pure che non tutto l'organo sia asportato e che la parte residuata si infiammi dando luogo ad una iperattività funzionale, che rende praticamente nulli gli eventuali fenomeni di difetto. Tutte queste difficoltà tecniche rendono la sperimentazione dell'epifisi difficile quanto incerta. Sarteschi trovò che la distruzione della glandula pineale nei cagnolini e nelle cavie determina aumento del peso del corpo, acceleramento dello sviluppo sessuale, ingrossamento dei testicoli; le altre glandule a secrezione interna non presentavano alcuna alterazione. Analoghi risultati ottenne Foà in una prima serie di studi, ma successivamente con altri esperimenti constatò che alla pinealectomia non segue alcuna alterazione dello sviluppo corporeo. Anche Horrax trovò che l'asportazione dell'epifisi provoca precocità dello sviluppo sessuale con aumento di peso e volume dei testicoli. I risultati furono differenti a secondo che gli esperimenti erano praticati su animali di tenera età e su animali già sviluppati. In questi la pinealectomia non provocava apprezzabili modificazioni. Boese ed Exner praticarono la distruzione dell'epifisi con il termocauterio in 95 conigli, ma non constatarono mai modificazioni dello sviluppo degli animali operati. Biedl ottenne gli stessi risultati. Dandy con un nuovo procedimento che assicurava la completa distruzione della glandula senza notevole azione traumatizzante sulle parti vicine, ottenne risultati che facevano ritenere che la soppressione dell'epifisi non ha alcuna influenza sull'organismo. Anche Fenger e Adler negarono in modo assoluto che il corpo pineale avesse funzione endocrina.

Non più conclusivi sono stati i risultati degli esperimenti intesi ad accertare l'azione sull'organismo degli estratti di corpo pineale. De Cyon, Howell, Boese, Exner, Dana, Barkeley, Fenger e Cushing constatarono che la iniezione en-

dovenosa di estratti acquosi non modifica la pressione ed il ritmo circolatorio. Iordan ed Eyster ottennero lieve abbassamento della tenzione vasale dovuta a dilatazione delle arterie intestinali, nonchè poliuria e glicosuria leggere e transitorie. Risultati analoghi ebbero Horrax, Dixon, Hallibuton, Olt e Scott. Dana e Berkeley osservarono che le iniezioni intraperitoneali di estratti pineali provocano aumenti delle dimensioni e del peso del corpo nelle cavie, nei conigli e nei gattini; in questi ultimi avrebbero anche notato un più rapido sviluppo della intelligenza. Mc Cord ha trovato che la somministrazione continua di estratto pineale produce nei giovani animali alterazioni simili a quelle che per lo passato erano attribuite a deficienza dell'organo stesso e quindi contrasterebbero con la credenza che la secrezione pineale trattiene il troppo rapido sviluppo somatico, sessuale e mentale nella infanzia. Egli osservò anche che la somministrazione per via orale di epifisi fresca produce un aumento del grasso, ma non si aveva mai tendenza al gigantismo. L'azione degli estratti e dell'organo fresco apparvero meno sensibili a misura che l'età degli animali adoperati era maggiore. Gli stessi autori sperimentarono l'azione di estratti di epifisi in ragazzi deficienti. Constatarono nella maggioranza dei casi un miglioramento delle condizioni mentali, ma non si ritennero autorizzati ad affermare che esistono difetti di sviluppo mentale i quali possano attribuirsi ad apinealismo.

La fenomenologia clinica dei casi di neoplosia del corpo pineale finora studiati non è tale da dare un contributo risolutivo alla quistione della funzione di questo organo. Secondo Bailey e Jelliffe i tumori dell'epifisi possono dare due gruppi di sintomi, nevrologici e metabolici. Tanto gli uni che gli altri sintomi sono determinati dalla compressione, dallo spostamento o dalla distruzione delle parti vicine dell'encefalo. I disturbi stessi si verificano qualunque sia l'età del paziente, ma quando il neoplasma si sviluppa prima della pubertà i fatti metabolici sono più accentuati probabilmente in rapporto a disturbi della funzione endocrinea dell'epifisi, funzione che nell'età adulta pare soppressa.

I sintomi metabolici delle neoplasie dell'organo pineale sono l'adiposità, le modificazioni sessuali, la cachessia.

L'adiposità è indipendente dalla natura del tumore, ma riesce difficile stabilire se sia dovuta a disturbo della funzione pineale o di quella ipofisaria, che può essere disturbata per pressione dovuta all'idrocefalo del terzo ventricolo. Cushing ritiene che l'adiposità riscontrata negli individui affetti da neoplasma pineale è dovuta ad ipopituitarismo, Marburg l'attribuisce ad iperpinealismo.

La sindrome sessuale che accompagna i tumori pineali è costituita: 1° Sviluppo sessuale precoce con ingrossamento degli organi sessuali, precocità nella comparsa ed abbondanza di peli al pube come nelle altre parti del corpo, modificazione del tono della voce; 2° Precoce sviluppo mentale con maturità del pensiero e facilità di favella; 3° Rapido sviluppo corporeo generale, per modo che un bambino di 5-6 anni può assumere l'aspetto di un giovanetto di 12 anni. La interpretazione patogenetica di questa sindrome è ancora controversa. Alcuni l'attribuiscono senz'altro ad iperpinealismo, altro a fatti irritativi delle circostanti parti del tessuto nervoso, altri infine a dispituitarismo.

La cachessia in rapporto ai tumori dell'epifisi è stata attribuita a disfunsione dell'organo, all'idrocefalo o llo astesso tumore. Marburg pensa che è dovuta ad apinealismo. Mc Cord la considera un fenomeno secondario.

Pellizzi, Schuller, Frankl-Hochwart ed altri descrissero una sindrome dipendente da tumore pineale cui dettero il nome di macrogenitosomia precoce.

Mc Cord asserisce che tale sindrome sia dovuta ad iperpinealismo, ammettendo che il tumore aumenti la funzione endocrina dell'epifisi per l'accresciuto sviluppo di cellule glandulari costituenti la compagine stessa del neoplasma.

Timme ritiene che la distruzione della glandula pineale possa determinare una distrofia muscolare progressiva. Analizzando i casi di disordini pineali raccolti nella letteratura da Bailey e Ielliffe trova che in molti si trovano i segni della distrofia muscolare: ipotonia degli arti, grande debolezza delle estremità inferiore, disturbi dell'andatura, contratture e facile esauribilità.

Schuller trovò, mediante esami radiologici, che le concrezioni calcaree nell'epifisi aumentano con l'età e non esistono nella infanzia, e quando in questo periodo della vita si trovano tali depositi si ha la sindrome di ipopinealismo.

Adunque la sperimentazione e la clinica non hanno ancora dato risultati concordanti che dimostrino che il corpo pineale abbia, almeno in tutti i periodi della vita, una funzione endocrina e tanto meno che accertino la natura di questa. Generalmente è stato accertato solo che l'organo pineale nella vita extra-interina ha il suo maggior sviluppo nei primi anni. Alcuni sostengono che l'epifisi in questo periodo secerne delle sostanze che inibiscono lo sviluppo del corpo, nonchè quello mentale e sessuale. Questa ipotesi è basata, come si è visto, sul fatto che i ragazzi affetti da neoplasma pineale, il quale distrugge l'organo e ne annulla quindi la funzione, presentano un precoce sviluppo fisico e mentale. Ma altri sostengono che questi fatti sarebbero dovuti non ad ipo

ma ad iperpinealismo ammettendo che il tumore esalti la funzionalità dell'organo. De Cyon, senza portare elementi probativi, pensa che l'epifisi ha solamente una funzione meccanica consistente nel regolare l'afflusso ed il deflusso del liquido. cefalo-rachidiano dal terzo ventricolo. Dana e Berkeley avanzano la ipotesi che il corpo pineale fornisca un fermento o un agente catalitico che faciliti il ricambio materiale del cervello. Cushing lo considera come una glandula endocrina in intima connessione con altri organi a secrezione interna e avente un'azione atagonista a quella dell'ipofisi. Pende, Costantini, Urechia, Galascerku e Pork ammettono anch'essi che l'organo pineale a secrezione interna. Ma allo stato dei fatti si deve ritenere che tale concezione abbia bisogno di essere ancora suffragata da fatti più positivi. *dr.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Adunanza del 30 gennaio 1920.
Presidenza: Prof. BARDUZZI.

Sull'Encefalite letargica (con particolare riguardo ai sintomi cerebellari e al supposto centro ipnico).

O. FRAGNITO. — L'O. premette che non intende occuparsi della questione eziologica: si limita solo ad esprimere le proprie riserve verso la tendenza a considerare l'encefalite letargica come una localizzazione particolare della infezione influenzale: tesi che deve essere ancora dimostrata.

L'O. vuol soltanto richiamare l'attenzione su qualche sintomo che non appare ancora rilevato e tentare una interpretazione fisiopatologica di qualche altro.

Le osservazioni che l'O. riferisce, riguardano principalmente una giovinetta undicenne, nella quale la malattia ebbe un decorso benigno, con sintomi generali lievi, sì da essere guarita in una ventina di giorni. I fenomeni presentati dalla paziente, oltre il sonno caratteristico, si riducono a tre categorie, e tutti attinenti alla motilità (le sensibilità erano integre): 1° fenomeni di *deficit* motorio; 2° fenomeni di eccitamento motorio; 3° fenomeni cerebellari.

Accennati brevemente i fenomeni del primo gruppo (ptosi e paralisi dell'accomodazione bilaterali; anisocoria e torpore del riflesso luminoso; lieve insufficienza del retto esterno di sinistra e lieve paresi del facciale dello stesso lato; evidente accentuazione del riflesso rotuleo di destra), passando ai fenomeni di eccitamento motorio, l'O. descrive una speciale forma di convulsione bulbo-pontina, che non sembra finora sia stata rilevata. Si tratta di un accesso che colpiva la paziente in piena veglia: s'iniziava costantemente con uno sbadiglio, seguivano quattro o cinque atti di deglutizione, cui tenevan dietro immediatamente chiusura degli occhi e della bocca e movimenti di masticazione. Il tutto, senza perdita di coscienza, della durata di pochi secondi: ma la chiusura degli occhi e i fenomeni di eccitamento dei muscoli periorali potevano durare a lungo. L'O. interpreta il fenomeno come effetto di un eccitamento propagantesi dal basso all'alto, attraverso i bulbo-pontini. Su questo fenomeno richiama l'attenzione oltre che per altre ragioni, principalmente perchè esso può servirci a interpretare il meccanismo del sonno apparente, o meglio della veglia ad occhi chiusi, che nella paziente, come in altri casi descritti, si alternavano con i periodi di sonno vero. L'O. ritiene che l'eccitamento convulsivo partente dal bulbo si propagasse fino ai nuclei dei due oculomotori comuni e ai gruppi cellulari destinati alla innervazione delle due palpebre superiori, nei quali però, a causa della loro alterazione, non riusciva a produrre effetti convulsivi; ne aggrava invece la condizione paralitica, onde la chiusura completa delle palpebre, che conferiva alla paziente l'aspetto di persona addormentata, mentre ella era in realtà in autentica veglia.

Ai fenomeni del terzo gruppo l'O. ascrive la *catalessia* presentata in forma tipica dalla paziente. Ritiene, in questo caso, la catalessia di origine cerebellare, non solo per aver potuto escludere che si trattasse di catalessia isterica o della *catatonia* dei malati di mente (nessun segno di isterismo e nessun disturbo mentale fu rilevato nella inferma); ma anche perchè alla catalessia si associavano altri fenomeni cerebellari, quali l'andatura titubante, l'adiadococinesia, l'ipermetria, l'asinergia e il tremore nei movimenti intenzionali. Il fatto che, nel caso in discussione, le maggiori lesioni erano sicuramente localizzate nella calotta peduncolo-pontina con prevalenza a sinistra, mentre i fenomeni della *piccola asinergia* erano prevalenti a destra, induce l'O. a ritenere che i fenomeni cerebellari, in questo caso, anzi che ad una lesione della corteccia del cervelletto, siano dovuti a lesione del nucleo rosso, punto d'arrivo del peduncolo cerebellare superiore e punto di partenza del fascio di Monakow. Ammette che in altri casi i sintomi cerebellari possano essere dovuti a lesione di centri o di vie decorrenti in altre regioni, ma, data la prevalente localizzazione mesencefalica della encefalite letargica, ritiene che l'interessamento delle vie cerebellari decorrenti ed interrompentisi in questa regione (nucleo rosso) debba essere la causa più frequente del turbamento dell'attività cerebellare.

Passando a trattare del supposto *centro ipnico*, che si tenta di rimettere in onore a proposito della encefalite letargica, localizzandolo nella calotta mesencefalica, l'O. fa rilevare che non vi è bisogno di invocare la lesione di un centro (il quale in ogni caso dovrebbe chiamarsi *centro della veglia*) per spiegare la sonnolenza che si osserva negli encefalitici. Nella calotta mesencefalica si trovano raccolti organi importantissimi per lo stato di veglia, quali sono i nuclei dei nervi-motori del globo oculare, le vie che associano questi nuclei tra loro e ai nuclei cefalogiri bulbo-spinali, le vie centripete che eccitano detti nuclei motori. Data una lesione di questo sistema, associata ad altre condizioni che favoriscono l'inclinazione al sonno (la febbre, lo stato tossi-infettivo, la posizione comoda a letto) possiamo ben comprendere la sonnolenza che si osserva nelle mesencefaliti, senza dover chiamare in causa la lesione di un centro circoscritto, la cui ammissione contrasta con il carattere di fenomeno genereale.

Sul trattamento delle affezioni reumatiche a mezzo delle iniezioni sottocutanee di acido salicilico.

A. PIERI. — L'O. riferisce di aver sperimentato, secondo quanto ha di recente consigliato il Sejournet, le iniezioni sottocutanee di un milligrammo di acido salicilico in una ventina di casi di affezioni reumatiche.

In diversi casi di sciatica e di lombaggine ha ottenuto ottimi risultati: lo stesso dicasi per varie forme di reumatismo articolare. In due casi di quest'ultima affezione il metodo non ha dato alcun risultato: è da notarsi però che si è dimostrata inefficace anche la cura classica a mezzo di dosi elevate di salicilato di sodio.

L'O. consiglia di ricorrere con fiducia a questo nuovo metodo terapeutico, che non presenta alcun inconveniente per il malato, tranne che un fugace bruciore nel punto dell'iniezione.

Sul valore pratico della reazione del Wassermann.

F. SIMONELLI. — L'O. dopo aver messo in evidenza i criteri erronei che si sono formati, specialmente nel publico, sul valore pratico della R.W., conclude:

1° Nelle ulceri con caratteri specifici dubbi la R.W. ha un valore assai limitato perchè dà risultati attendibili solo dopo il 40° giorno dello inizio delle ulceri sospette;

2° Nel periodo, così detto secondario, la R.W. ha notevole valore pratico, ma se negativa va ripetuta più volte, se positiva non autorizza a concludere che una data manifestazione morbosa dipende esclusivamente dalla sifilide: è da tenersi presente che in alcune manifestazioni sifilitiche oculari, per es. nell'irite, la R.W. può essere negativa.

3° Nel periodo, così detto terziario e nella così detta parasifilide, la R. W. ha un valore assai limitato, deve essere ripetuta varie volte ed eseguita non solo con il sangue ma anche con il liquido cefalo-rachidiano;

4° Nella sifilide ereditaria ha uno scarso valore pratico, perchè lattanti nati da genitori luetici e che non hanno manifestazioni possono reagire negativamente nei primi mesi di vita pur presentando in seguito caratteristiche lesioni sifilitiche;

5° Nel baliatico mercenario la R. W. deve essere eseguita varie volte avendo la certezza assoluta che la donna non abbia fatto alcuna cura da almeno un mese;

6° Nella assicurazione sulla vita la R. W. non può dare affidamento se non ripetuta ed eseguita anche col liquido cefalo- rachidiano e con la certezza che l'assicurando non sia stato sottoposto a cure interne;

7° Nella eventuale richiesta del certificato preconiugale la R. W. ha un valore pratico quasi nullo perchè con facilità può essere tratta in inganno la buona fede del medico da coloro che ne hanno interesse;

8° Nella cura specifica la R. W. da sola non ha valore se non eseguita varie volte sia col sangue che con il liquido cefalo-rachidiano; è poi erroneo stabilire dalla intensità della reazione la strategia terapeutica.

Sulla presenza di agglutinine per il gruppo tifo-paratifi nelle singole frazioni proteiche di alcuni sieri specifici.

G. CAPONE. — Nei sieri di uomo e di coniglio le agglutinine sono legate esclusivamente alla frazione proteica del siero precipitabile con la semi saturazione con $(NH_4)_2$ SO_4 nei primi stadii della reazione immunitaria, mentre negli stadii successivi, elevandosi il titolo agglutinante, esse accompagnano anche la frazione non precipitabile dal sale.

Sulla inibizione dell'emolisi da saponina da parte dei sieri positivi alla reazione di Wassermann.

G. CAPONE. — Il siero dei sifilitici esercita azione antiemolitica verso la saponina. Rimangono confermate le ricerche del Pigliuri, dello Schultz, del Dorr ed Allers che già dimostrarono esistere nel siero dei sifilitici un tasso di colesterina superiore che nei sieri normali.

B.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA

Riflessi scapolotoracici e tubercolosi apicale.

Per ottenere i riflessi scapolotoracici è necessario percuotere il muscolo sottospinoso e deltoide. Si pone il malato supino con le braccia sospese in risoluzione muscolare quasi completa. Si percuote il sottospinoso a livello delle sue inserzioni sull'omoplata, ossia al livello del terzo medio del suo bordo interno a uno o due centimetri al margine spinale dell'osso. Il grande pettorale si percuote nel fascio medio a qualche centimetro del suo margine interno a livello della superficie cartilaginea o ossea sulla quale è impiantata. Il deltoide deve essere percorso al livello della sua parte media formata dalle fibre muscolari in mezzo alle quali si trovano i fasci tendinei.

Il riflesso può variare per rapidità e vivacità, per ampiezza e durata.

Il riflesso scapolotoracico appartiene ai riflessi tendinei, ossia ai riflessi indiretti ottenuti mediante la eccitazione dei tendini. Non bisogna quindi confonderlo con il riflesso idio-muscolare, la cui ipereccitabilità si riscontra pure nella tubercolosi pulmonare, nel cancro, in alcune affezioni gastro-enteriche, nella dissenteria amebica, nelle lesioni renali, negli stati tifosi.

A. Collin e E. Zola (*Gazette des Hôpitaux*, 1919, n. 20) hanno studiato le modificazioni del riflesso scapolotoracico nella tubercolosi apicale controllando i risultati con l'esame acustico e plessimetrico e con la radioscopia. Hanno constatato che nella tubercolosi apicale il riflesso scapolotoracico è esagerato nel lato affetto in confronto di quello sano. Questo segno è costante nella maggior parte dei casi nel periodo iniziale, è talora un sintomo precursore. Si trova pure di regola tra il primo ed il secondo periodo. Non si trova più nel periodo cavitario. Non esiste nelle affezioni pulmonari acute non tubercolari e nelle affezioni tubercolari delle glandole tracheo-bronchiali.

dr.

Criteri per la diagnosi di tubercolosi.

Da uno studio di 400 casi di tubercolosi fatto con il concorso di 12 specialisti, R. L. Ochsner (rif. in *Amer. review of tuberculosis*, 1° marzo 1919) viene alle seguenti conclusioni:

L'esame fisico è sempre quello che fornisce i migliori elementi per la diagnosi, occorre perciò consacrargli il maggior tempo (un'ora per l'esame del torace); viene poi lo studio anamnestico, che va fatto pure molto accuratamente. Le reazioni alla tubercolina si hanno solo nei 2/3 dei casi positivi mentre si trovano nel 96 % di quelli negativi. Le ricerche radiologiche non dànno risultato positivo nel 50 %, e ad ogni modo molto meno che le prove alla tubercolina; non hanno valore se non in senso negativo; mentre i reperti positivi si hanno generalmente molto tempo dopo che la sintomatologia e l'esame fisico hanno chiarita la situazione. L'esame dello sputo è positivo solo una volta su dieci; il risultato negativo di esso dà alle volte al medico una falsa sicurezza, che va assolutamente evitata.

fil.

Influenza e tubercolosi.

Il dott. Annibale Corvetto, direttore di un sanatorio e medico di un ospedale di Lima, pubblica sulla *Revista de Higiene* (n. 174, 1919) i risultati delle sue osservazioni su questo argomento. Egli espone molti casi in cui l'influenza passò senza modificare il corso della tubercolosi. D'altra parte cita altri casi in cui la tubercolosi — prima evidentemente latente — fece la sua apparizione clinica, con varie modalità, dopo un attacco di influenza.

Egli fa notare il fatto constatato in un reparto dell'ospedale da lui dipendente, nel quale erano 52 infermi tubercolosi di tutti le forme, la maggior parte gravi. In questo servizio non ha osservato neppure un caso di influenza durante tutto il tempo dell'epidemia; e le cifre di mortalità sono state le consuete. E non si dica che non vi fu possibilità di contagio e di contagio diretto, perchè nel reparto furono ricoverati infermi affetti da influenza e che non fu possibile trasferire in altre sale per mancanza di letti.

Sicchè, la legge che fa dell'influenza una malattia che con tutta preferenza attacca le persone affette da tubercolosi polmonare, e che la ritiene come uno dei fattori più efficaci per aggravare questa malattia, accelerandone il decorso e portandola a una fine prematura, resta vulnerata dai fatti osservati dall'A.

***

Fondamentalmente alle stesse conclusioni è giunto T. J. Murphys in uno studio più completo pubblicato in *The Boston medical and surgical Journal* (28 agosto 1919).

L'A. prende il suo punto di partenza dalle statistiche delle autopsie in genere, le quali dimostrano la enorme frequenza di focolai tubercolari: da quella di Naegeli che ne trovava nel 99 % degli individui di 30 anni, a quella di Reinhardt, che in una serie di 360 autopsie trovava nel 96 % tubercolosi. Dati questi fatti si potrebbe facilmente definire la tubercolosi post-influenzale come la riattivazione di un vecchio focolaio tubercolare, in seguito a un attacco più o meno grave di influenza.

Ma esiste effettivamente questo rapporto tra

influenza e tubercolosi, questa tubercolosi postinfluenzale?

Per rispondere a tale quesito l'A. ha seguito due metodi. Da una parte ha compulsato le statistiche di mortalità per vedere se fra le cause di morte la tubercolosi fosse più spesso presente negli anni in cui si ebbe epidemia influenzale: e ciò riferendosi non solo alla ultima pandemia, ma anche a quelle precedenti, che non differirono in sostanza da quella dell'anno scorso. Egli cita a questo proposito anche i risultati di osservazioni analoghe fatte da altri autori.

L'altro punto di vista, sotto il quale può essere studiato l'argomento, è il seguente: in singoli gruppi di tubercolosi quanti furono attaccati da influenza, proporzionalmente ad altri gruppi di individui non tubercolosi?

Anche l'A. cita alcune cifre raccolte da altri osservatori. In Framingham, dove fu fatta una analisi accurata, Armstrong stabilisce che il 16 % dell'intiera popolazione ammalò d'influenza mentre solo il 4 % dei tubercolosi fu infettato. Goldsberg in una statistica di 1551 pazienti ospedalizzati in Chicago con tubercolosi polmonare dice che solo 85 (5,4 %) ammalarono d'influenza; mentre a Camp Sherman una frequenza del 33 % è riportata da Friedlander, Moblebord e Wheeler.

Un notevole contributo personale in questa direzione porta l'A. in base a un'inchiesta che egli ha diretto ai direttori dei vari sanatori. Egli ne giudica i risultati tenendo conto, giustamente, del tipo di infermi ricoverati nei singoli istituti.

Da ultimo l'A. cita alcune cifre ottenute dalle statistiche di morbilità dal servizio sanitario nell'esercito e nell'armata.

Ecco senz'altro le conclusioni a cui l'A. è giunto dal suo studio:

1° Le epidemie di influenza non sono seguìte da alcun apprezzabile aumento dei casi di tubercolosi;

2° Nei soggetti con tubercolosi media o arrestata è evidente una maggiore frequenza di influenza che in quella con tubercolosi avanzata;

3° Nei soggetti con tubercolosi attiva un certo grado di immunità è prodotto dalla presenza di un lieve processo infiammatorio cronico dell'albero respiratorio, il quale fino a un certo punto li protegge contro un'invasione franca di influenza;

4° I casi di tubercolosi ghiandolare, specialmente del tipo cervicale e tracheobronchiale dei fanciulli, mostrano una altissima frequenza di influenza, ma seguono pochissimi casi di tubercolosi polmonare franca;

5° Individui in eccellente salute, apparentemente senza difetti fisici e storia precedente di malattie, sono più suscettibili all'influenza.

SER.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

I rifornimenti di acqua potabile nelle case rurali.

(*Rivista di igiene e sanità pubblica*, n. 21, 1919).

Le case rurali, le frazioni, i piccoli aggruppamenti di case sono assai male provvisti di acqua potabile, e ben pochi sono i casi nei quali è stato provveduto ad una potabilizzazione dell'acqua, non potendo tali piccoli aggruppamenti provvedere agli impianti che soltanto per ragioni economiche possono essere usati per il rifornimento di acqua potabile nelle grandi città. Se pure non poche sono le sorgenti di acqua che opportunamente raccolta in pozzi, più o meno riparati dai troppo facili inquinamenti, forniscono acqua potabile a queste frazioni; numerosi d'altra parte sono gli aggruppamenti rurali che usano acque impure, facile veicolo di molte malattie.

Fra i sistemi di epuramento delle acque per uso potabile, due potrebbero essere facilmente adottati dalle case rurali; uno meccanico e l'altro chimico.

Il primo è costituito dal filtro a pioggia. Tale filtro di facilissima attuazione e di costo limitato è costituito da una vasca a sezione circolare o rettangolare avente sul fondo un materiale di drenaggio che può essere rappresentato da due strati di mattoni in serie lineari. Sopra questo materiale si dispone della ghiaietta per 10-15 cm. e sucessivamente della sabbia grossa per altri 15 cm., poi uno strato di 1 metro di sabbia fina. Il filtro così costituito è collegato con un serbatoio ove è raccolta l'acqua da filtrare, ed un altro serbatoio ove si raccoglie l'acqua filtrata. L'acqua da filtrare deve giungere sul filtro a pioggia e affinchè la filtrazione si compia bene non deve essere troppo carica di impurità, nè deve cadere sul filtro con troppa rapidità. Un filtro così costituito è capace di filtrare da 2 a 3 metri cubi d'acqua nelle 24 ore per ogni metro quadrato di superficie.

Il secondo sistema applicabile è quello della potabilizzazione chimica dell'acqua mediante l'ipoclorito di calcio. In tale caso sarebbe più opportuno distribuire per ogni casa o famiglia le fiale di ipoclorito già preparate per la potabilizzazione di diverse quantità di acqua. Non è necessario provvedere alla neutralizzazione dell'eccesso di ipoclorito con l'iposolfito di soda, rendendosi così il mezzo assai semplice e di facile attuazione da parte di chiunque. La quantità di ipoclorito di calcio da usare è di 3 mg. per ogni litro d'acqua.

È da sperare che tali metodi siano ampiamente usati, potendo essi notevolmente contribuire alla soluzione del problema dell'approvvigionamento di acqua potabile per le piccole frazioni rurali.

TR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1110) *Nell'ipotrofia infantile.* All'abb. n. 2517:

Non consiglierei d'iniziare il divezzamento con la fosfatina. Può adoperare il latte di vacca (150-200 cc.), se buono, un po' diluito con una mucillazione di farina d'orzo, riso, oppure una pappa di farina (anche farina di grano leggermente abbrustolita al forno) cotta in acqua e burro o in latte e acqua. In mancanza di buon latte di vacca usi pure il latte di capra o la farina Maltal Zambeletti o la farina lattea Nestlè o un latte condensato di buona marca. Per le prime volte può dare metà latte materno e metà alimento artificiale, facendo precedere questo; poi sostituirà un'intera poppata materna, aumentando gradatamente il numero dei pasti artificiali. Potrà trovare quanto Le occorre, nell'«Igiene del bambino» del prof. Concetti. L. T.

(1111) *Sulla tecnica della rachianestesia.* Al dott. V. C. da S. A. L.:

Consigliamo la stovaina (Poulenc) al 5 % in soluzione isotonica di cloruro sodico (0.9 %), da sterilizzare in autoclave.

Se ne iniettano da 7 a 9 centigr. (ossia 1.4-1.8 del soluto), per mezzo di una siringa frazionata.

T. F.

(1112) *Sulla cura della vitiligine.* All'abbonato n. 4151:

Si riferiscono casi, per altro molto dubbi, in cui l'arsenico, somministrato per via interna, avrebbe dato qualche buon risultato. Le applicazioni locali di crisarobina, i senapismi per provocare la pigmentazione delle chiazze bianche, in genere non danno che risultati passeggieri.

Si può agire indirettamente e tentare di sollevare i contorni iperpigmentati delle chiazze di vitiligine nello scopo di attenuare il contrasto, provocando in quei tratti un distacco dello strato malpighiano dell'epidermide (sublimato 1 % in alcool ed etere ana- o in soluzione acquosa od in unguento). Naturalmente occorre far attenzione a non dar luogo ad una troppo intensa irritazione delle parti ed è buon sistema l'imprendere questi trattamenti in cicli ripetuti o di breve durata.

V. Montesano.

VARIA.

La fatica del divertimento. — Herbert Carson in una sua conferenza all'Istituto d'igiene di Londra ha messo in evidenza come siamo ancora lontani dall'aver ottenuto il vero riposo settimanale colle legiferazioni che arrestano il lavoro, perchè in pratica è frequente l'osservazione che nel periodo domenicale si fanno reali sforzi per divertirsi o si mettono in pratica divertimenti assai più estenuanti che il lavoro.

Occorre provvedere ad una organizzazione dei divertimenti, vietando quelli che rappresentano o richiedono da noi uno sforzo.

Questa tendenza a considerare l'umanità come costantemente in fasce, anzi ognor più in fasce, è degna — egli dice — di rilievo ma, non crediamo, di approvazione! P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

C. Barba Morrihy. — *La Fisio-Patologia e la Chirurgia dei seni della dura-madre.* — Stabilimento tipografico C. Nava, Siena.

Questo lavoro, condotto nel laboratorio di patologia chirurgica del prof. R. Alessandri, è denso di cognizioni anatomiche, fisiologiche e patologiche riguardanti i seni, riunite in un tutto organico. Accurata l'introduzione storica, dettagliata la parte anatomica, ordinata ad uno scopo la parte fisiologica, chiara e dimostrativa la parte patologica: ecco le doti precipue del lavoro, che svolge una teoria originale dell'A. sugli effetti della legatura simultanea della carotide primitiva e della giugulare interna. L'A. con numerosi e ben condotti esperimenti sugli animali, studia le lesioni violente dei seni, e giunge ad importanti conclusioni, utili per il chirurgo, quando questi si trova in presenza di un seno leso, cioè di un vaso venoso, che differisce anatomicamente e fisiologicamente da una comune vena. Dopo l'esposizione nitida di alcuni casi clinici, e dopo un'eccellente trattazione delle complicazioni intracraniche delle otiti, l'A. correda il suo libro con un'estesissima bibliografia antica e moderna. Il lavoro è illustrato da figure, delle quali alcune originali.

F. G.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Ghilarducci Francesco: Intorno ad alcune vedute moderne sull'azione bio-fisica dei raggi X. — Milano, 1919.

Ranelletti Aristide: Ispettorato medico municipale del lavoro. Brevi note d'ambulatorio. — Roma, 1919.

Flamini Mario: L'assistenza sociale alla maternità ed alla prima infanzia. — Roma, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici condotti del Ferrarese.

All'assemblea generale della sezione Ferrarese dell'A. N. M. C., convocata il 12 corr. nel Teatro Anatomico della R. Università di Ferrara per la nomina del nuovo ufficio di presidenza, convennero 21 soci; di altri 25 giunsero le schede regolarmente inviate. L'ufficio uscente venne rieletto ad unanimità di voti nelle persone del dott. cav. Enzo Simonini, presidente; dott. Arturo Gaddi, vice presidente; dott. Adolfo Gardi, cassiere. A coprire il posto di segretario, rimasto vacante per le dimissioni del dott. Francesco Schiavo, veniva chiamato il dott. Antonio Frabetti.

L'assemblea era pure chiamata ad esprimere il suo voto di adesione o meno al movimento iniziato dai dipendenti degli Enti rurali, per ottenere un assegno mensile temporaneo, destinato a fronteggiare il crescente disagio economico. L'adesione, condizionata relativamente agli eventuali metodi di lotta, è stata approvata quasi ad unanimità.

Gli Ufficiali sanitari del Foggiano.

Si è costituita nella provincia di Foggia la Sezione degli Ufficiali Sanitari liberi-esercenti ed è stato eletto Presidente il dott. Giuseppe Nazzaro, Ufficiale Sanitario di Deliceto.

Nella prima riunione, tenuta il 21 aprile, sono stati approvati i seguenti oggetti: Istanza perchè la Giunta provinciale amministrativa stabilisca per gli Ufficiali Sanitari lo stesso trattamento economico dei Medici condotti e degli altri impiegati comunali di pari grado; Voto di sfiducia al Presidente dell'Ordine dei Medici per la mancata difesa degli interessi economici degli Ufficiali Sanitari; Pratiche per l'approvazione del Regolamento di servizio; Sdoppiamento della carica di Ufficiale Sanitario da quella di Medico condotto nei Comuni, dove vi sono altri medici libero-esercenti; Apertura di regolare concorso pei posti vacanti; Riduzione ferroviaria; Richiesta di modifiche alla legge sulle pensioni; Voto perchè nella legge sulle Assicurazioni obbligatorie per le malattie si stabilisca, che gli Ufficiali Sanitari attualmente in carica passino a far parte dell'Istituto di previdenza come Medici di zona ovvero come personale di ispezione; Provvedimenti interni pel funzionamento della Sezione; Adesione alla Camera federale pugliese del pubblico impiego.

All'Ordine dei Sanitari di Caserta.

Si è riunito il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Caserta, con l'intervento dei dottori comm. Brunetti, cavalieri, Cappiello e Senese, Fargnoli, Grossi e De Cesare. Ha deliberato, oltre ad affari di ordinaria amministrazione, sui seguenti importanti argomenti:

1° Delle commissioni dei concorsi di condotte mediche nella Provinci sia componente un medico condotto;

2° Ha approvato l'ordine del giorno, presentato dal dott. Fargnoli, concernente il voto del Consiglio per la legge sulle assicurazioni sociali.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8255) *Età per partecipare a concorsi.* — Dott. V. A. da M. Per i medici che, come Lei, han già prestato servizio, in qualsiasi tempo, presso pubbliche amministrazioni non si richiede quel limite di età imposto per partecipare a concorsi per la nomina a medico condotto, salvo accertamenti delle condizioni fisiche del concorrente.

(8256) *Ufficiale sanitario - Medico condotto.* — Dott. abbonato 5472. Nei comuni ove non esiste alcun libero esercente il medico condotto esercita le funzioni di ufficiale sanitario ancorchè non sia provvisto di diploma in igiene. Ella, quindi, può ben continuare il servizio, che sta anche ora eseguendo.

(8257) *Aumento di stipendio.* — Dott. F. D. da C. M. L'aumento del 30 % sullo stipendio non è obbligatorio ma facoltativo. Può essere reso obbligatoro dalla G. P. A. la quale, come Ella dice, l avrebbe, invece, negato anche essa. L'indennità caro viveri è obbligatoria.

(8258) *Prelievo di campioni di sostanze alimentari.* — Dott. G. A. da V. Chi compie ispezioni sanitarie deve essere munito di una tessera di riconoscimento rilasciata dal Sindaco del Comune, da presentarsi a richiesta o deve essere accompagnato da un agente municipale con distintivo. Per constatare una contravvenzione occorre che l'ispezionante sia accompagnato da due agenti o vigili sanitarii che faranno da testimoni.

(8259) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. P. da P. Secondo le più recenti interpretazioni dei relativi decreti, al medico condotto che presta servizio in più comuni compete una sola indennità caro-viveri, ripartibile fra gli enti nei quali presta servizio i nproporzione degli stipendi che corrisponda ciascuno.

(8260) *Esercizio professionale all'estero.* — Dott. F. F. da P. Negli Stati Uniti di America i medici italiani non possono esercitare la professione. Occorre ottenere la laurea in quella nazione. Egualmente per l Repubblica Argentina. Per emigrare occorre fornirsi del relativo passaporto che dovrà esser chiesto al Sindaco del Comune. Non possiamo precisare da quale degli Stati americani si ha maggiore probabilità di guadagno.

(8261) *Medico consorziale - Stabilità.* — Dott. C. C. da T. — Dati i fatti da Lei esposti non ha acquistata la stabilità nella carica di medico condotto di codesto Consorzio perchè Ella non fu licenziata ma si dimise e le dimissioni furono accettate dalla rappresentanza consorziale. Il Consorzio quindi, può ben bandire il concorso per la nomina del successore senza violare i suoi eccentuati diritti acquisiti.

(8264) *Riduzione della condotta ai solo poveri.* — Dott. A. B. da R. B. La riduzione della condotta i solo poveri non si avvera di diritto ma deve essere deliberata dal Consiglio comunale ed approvata dalle autorità competenti. Dopo che tale deliberazione Le sarà debitamente notificata Ella potrà farsi pagare dagli agiati e, per conseguenza, restringere le sue gratuite prestazioni. Lo stipendio non potrà essere aumentato per lei se non nominativamente, non potendo all'uopo essere invocato l'oumetnato stanziamento in bilancio.

CONDOTTE E CONCORSI.

BRESCIA. *Deputazione provinciale.* — A tutto 15 maggio, medico primario al Manicomio, lire 5900 lorde, con dieci trienni del decimo, e alloggio. Competenza in studi speciali e ricerche di laboratorio o servizio in manicomi o cliniche psichiatriche. Servizio entro 20 gorni. Rivolgersi Segretariato generale.

CIVITELLALFEDENA (*Aquila*), popolazione seicento tutta agglomerata, cerca *subito* medico-interino (certezza stabilità) 750 mensili — tutto compreso. — Stazione climatica, acqua ottima, vitto, alloggio assicurati. Servizio automobilistico, stazione Alfedena.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto il 31 maggio, direttore medico, lire 2400 lorde, con tre quadrienni e due quinquenni del decimo, portato temporaneamente a L. 5190 se il sanitario ha famiglia ed a L. 4560 se è celibe. Rivolgersi alla Segreteria.

CUNEO (*Ospedale Civile di Santa Croce*). — Concorso a medico primario a tutto il 15 maggio ed a chirurgo assistente ed a medico assistente a tutto il 30 maggio. Per le condizioni rivolgersi al Presidente.

GESSOPALENA (*Chieti*). — 2ª condotta; 1420 abit.; 660 m. sul mare; L. 4000 di stipendio residenziale, con quattro quinquenni del decimo, e L. 500 per la metà dei 500 poveri; età limite 48 anni; servizio entro 15 giorni. Scadenza 30 giorni dal 26 aprile.

LUGO (*Ravenna*). — È prorogato al 10 maggio il concorso a medico primario nell'Ospedale; consulenza per i poveri nel perimetro della città; L. 10.000 e dieci bienni del ventesimo; età limite 39 anni.

MANTOVA. — Direttore tecnico dell'ufficio di propaganda e consulenza igienica per la provincia; L. 13.000, aumentabili del 50 % con decimi periodici. Età limite 44 anni .Chiedere condizioni alla Presidenza della Deputazione provinciale. Scadenza 31 maggio; servizio entro 15 giorni.

NORMA (*Roma*). — Cercasi urgenza medico interino. Stipendio mensile netto L. 800. Rivolgersi al Sindaco.

PICERNO (*Potenza*). — La scadenza del concorso a medico condotto è prorogata al 31 maggio.

ROMA. *R. Università.* — È aperto il concorso fra i laureati della Facoltà di medicina e chirurgia a quattro posti di studio della Fondazione « Corsi » con le norme seguenti: Possono concorrere coloro che documenteranno di aver conseguita la laurea medico-chirurgica nell'Università di Roma da non oltre un triennio solare dopo avervi frequentato i corsi per due anni almeno; debbono inoltre aver conseguito negli esami speciali e generali una media di 24 su 30. Il concorso seguirà a mezzo di una o più memorie originali, che i concorrenti dovranno consegnare in Rettorato non più tardi del 1° ottobre 1920. Il premio, di L. 100 mensili, dura otto mesi.

Diffide e boicottaggi.

La condotta di Poggio Mirteto (Umbria) è diffidata dal Consiglio Federale delle Sezioni Umbre.

NOTIZIE DIVERSE.

III Congresso Italiano di Radiologia.

Nel prossimo ottobre avrà luogo in Roma il III Congresso Italiano di Radiologia Medica, con esposizione di apparecchi radiologici. Oltre le comunicazioni su oggetti radiologici, delle quali sarà dato a tempo opportuno l'elenco, vi saranno svolti i seguenti temi: 1° La radioterapia del cancro (Relatore il prof. Ponzio di Torino); 2° L'indagine radiologica del cuore e dei grossi vasi (Relatore il prof. Perussia di Milano).

La tassa d'iscrizione al Congresso è di L. 20. Dirigere le adesioni e le eventuali comunicazioni al Presidente del Congresso prof. Ghilarducci, Policlinico Umberto I, Roma.

Alla Società Freniatica Italiana.

Al principio dell'anno si sono svolte le elezioni per il Consiglio Direttivo delle Società. Sono stati proclamati eletti: presidente, prof. Enrico Morselli; vice-presidente, prof. Arnaldo Pieraccini; segretario-cassiere, dott. Giovanni Algeri; consiglieri: proff. Giuseppe Antonini, Cesare Agostini, Pietro Pietrazzani, Giuseppe Seppilli, dottori Paolo Arnaldi, Ruggero Tambroni.

Nella stampa medica.

La direzione della « Rivista sperimentale di Freniatria », che era stata tenuta brillantemente per circa un cinquantennio dal compianto prof. Augusto Tamburini, viene assunta dal prof. Giuseppe Guicciardi, di Reggio Emilia, sulla quale città aveva già avuto sede.

Non dubitiamo che l'importante rivista continuerà a mantenere l'alto posto conquistato nel giornalismo medico internazionale.

Encomio ad un medico.

Il Consiglio Provinciale Sanitario di Chieti, nella seduta del 23 febbraio 1920, udita la relazione del medico provinciale sui recenti casi di vaiuolo verificatisi in Guardiagrele, ha tributato un *encomio* al dott. Scipione Ferrari per l'opera coscenziosa e zelante prestata nell'affrontare il morbo e nell'eseguire i mezzi di profilassi consigliati e che sono valsi a debellarlo.

Associazione svedese delle Scienze mediche.

Per iniziativa di Forssner, Forssel, Holmgren, Key, Quensel, Petren si è organizzato a Stocolma la Swenska Saellskapet per lo studio delle scienze mediche, con 169 membri.

Un anonimo ha già donato 5.000 corone per premio ad un lavoro degno.

Scuola medica nel Caucaso.

Ad Ecaterinodar, nel Caucaso, presso un ospedale della Croce Rossa Americana, è stata organizzata una scuola medica diretta da Alexiensky di Mosca; il corpo insegnante è formato di professori delle università di Pietroburgo e di Mosca i quali non avevano creduto di piegarsi alle esigenze del nuovo regime.

Un altro martire della scienza.

Il 26 gennaio moriva il dott. Cecil Lyster, direttore del reparto radioterapico dell'ospedale di Middlesen di Londra, in seguito ad affezioni cancerose cutanee lentissime, ribelli ad ogni cura, prodottesi nello studio delle azioni terapeutiche della radioattività.

Per gli ospedali di Roma.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un R. decreto legge che autorizza un mutuo di L. 8.800.000 a favore dell'Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma.

Il 12 aprile si spegneva improvvisamente in età di 64 anni, il generale medico prof. dott. RIDOLFO LIVI. Questa perdita, se è un lutto per la famiglia medica, riesce oltremodo dolorosa per tutti coloro che ebbero la fortuna di apprezzare più da vicino le sue altissime qualità morali e la sua profonda cultura scientifica e letteraria.

Fu, col grado di colonnello, direttore della Scuola di applicazione di Sanità Militare in Firenze e, scoppiata la recente guerra, successivamente direttore di Sanità del Corpo d'Armata territoriale di Firenze, direttore di Sanità della zona Carnia e indi della VI Armata. Con la promozione a generale tornò all'Ispettorato di Sanità militare, ove precedentemente era stato per molti anni.

Era decorato delle campagne di Affrica del 1887.

Libero docente in antropologia nell'Università di Roma, fece, in tal ramo, ricerche estese e pubblicazioni importantissime, che gli procacciarono onori e fama in Italia ed all'estero, venendo insignito di alte onorificenze e chiamato a far parte delle più celebri associazioni ed accademie scientifiche. Il Livi può essere considerato come il capo scuola negli studi italiani di statistica antropologica. E come tale venne nel 1913 meritamente nominato Membro del Consiglio Superiore di Statistica presso il Ministero del Commercio, Industria e Lavoro ed eletto, nel 1915, Presidente della Società Italiana di Antropologia.

Affezionatissimo agli studi storici e storico-medici, fece anche in questo campo geniali e numerose pubblicazioni, ed avea raccolto nuovo materiale per altri lavori, intorno ai quali stava lavorando.

Della sua bontà d'animo, della sua rettitudine, della sua rigorosa scrupolosità nell'adempimento dei propri doveri fanno fede non solo gli amici, ma coloro tutti che ebbero con lui rapporti professionali e di ufficio.

La guerra contribuì non poco a scuotere la robusta sua fibra, poichè, zelantissimo nel proprio ufficio e innamorato della Patria sua, tutto si dette pel bene di essa, lieto soltanto di poterle giovare.

A. C.

Segnaliamo con dolore la morte, recentemente avvenuta dopo breve malattia, del dott. G. B. LOCATELLI, direttore del dispensario celtico municipale di Brescia e della Sezione dermosifilografica della poliambulanza bresciana.

Animato da ideali superiori, il Locatelli aveva indirizzata l'opera sua non alla sola pratica professionale, decorosamente esercitata, ma anche a nobili opere di assistenza sociale quale membro della Commissione pallagrologica e della lega antialcoolica di Brescia e quale attivo propagandista nella lotta contro le malattie veneree.

Anche sul letto di morte non dimenticò gli studi preferiti, legando poche ore prima di morire all'Associazione dei Dermosifilografi Italiani lire 20.000 perchè con la rendita relativa si istituisca un premio intitolato al suo nome, pei lavori e ricerche sopra argomenti della specialità.

Il Locatelli, che non era ancora cinquantenne, lascia largo rimpianto di sè fra gli amici, i colleghi e quanti gli furono intimi ed ebbero con lui comunanza di intenti e di ideali.

s. m.

Il fascicolo 5 (15 maggio) della nostra SEZIONE MEDICA, che trovasi in corso di stampa e che sarà spedito fra pochi giorni agli associati, contiene:

G. SABATINI: *Sulla ricerca dell'acido glicuronico urinario;*

G. LORENZANI: *Contributo clinico sul valore della glicuronuria;*

F. MARCIALIS: *Contributo allo studio della eliminazione dei cloruri nelle malattie febbrili.*

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, ed. resp.

Anno XXVII Roma, 10 Maggio 1920 Fasc. 19.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

DALL'ISTITUTO ANATOMO-PATOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO.

Sugli idrocefali congeniti da alterazioni delle piccole arterie e sull'origine del liquido cefalo-rachidiano

per il dott. FRANCESCO PEDRAZZINI.

Dopo la mia nota apparsa nel 1917 nella rivista « L'Ospedale Maggiore », avendo preso in esame gli idrocefali chiamati secondari o meccanici, perchè prodotti da alterazioni anatomiche rilevabili ad occhio nudo, restavami a completare lo studio dell'argomento di considerare gli idrocefali supposti primari od essenziali, essendone la causa macroscopicamente non visibile ed ignota.

L'idrocefalo primitivo, essenziale od idiopatico appellasi anche idrocefalo congenito. Siccome però molte volte l'affezione si esplica nei primi anni di vita ed una rigorosa separazione dell'idrocefalo congenito dall'infantile non può sempre farsi, sovente si comprendono entrambi nella sola denominazione di idrocefalo dell'infanzia.

Il Marfan (1) scrive che l'idrocefalo ventricolare cronico è congenito od acquisito secondo che le cause che lo producono agiscono sul feto nell'utero o sul bambino dopo la nascita.

L'eziologia di queste due forme è un poco differente, ma la loro patogenesi è senza dubbio press'a poco la medesima.

Il Grocco nelle sue lezioni di patologia speciale medica, riuniva sotto il nome di idrocefalo congenito ogni forma idrocefalica che si svolga a cranio ancora aperto e chiamava secondario od acquisito l'idrocefalo svoltosi a cranio chiuso.

La maggioranza dei patologi attribuisce l'idrocefalo cronico primario ad una flogosi dell'ependima ventricolare, avvenuta nella vita fetale o nei primi anni della vita extra uterina. Non mancano tuttavia coloro che negano affatto la natura infiammatoria dell'affezione e si limitano a rilevare il fenomeno dell'aumento di liquido, come già fece il Rokitanski (2), Ziegler spiega la raccolta idrocefalica col difetto di sviluppo cerebrale. Quando il volume del cervello è troppo

(1) MARFAN. *L'Hydrocéphalie des nourrissons.* « Sem. Méd. », 1898, n. 24, pag. 193.

(2) ROKITANSKY. *Trattato di anatomia patologica.*

piccolo relativamente alla capacità cranica per riempire quest'ultima, lo spazio che non è occupato dal cervello e dalle meningi è colmato dal liquido cefalorachidiano. Si produce così una microencefalia idrocefalica od una encefalia parziale idrocefalica (3).

Essendo la cavità cranica chiusa, a pareti resistenti, ed a contenuto in parte solido ed in parte liquido, è ovvio che una diminuzione di volume del contenuto solido sia compensata da un aumento del liquido (*Hydrops ex vacuo*). È infatti lo stesso liquido che per reazione elastica del sacco durale controbilancia le fluttuazioni pulsatorie e respiratorie di pressione. Difficilmente però si comprende come, determinatosi il detto compenso, non ostante la resistenza della teca ossea, la raccolta liquida vada aumentando, giunga a discostare le ossa medesime, non ancora saldate, facendo accrescere enormemente il volume del cranio e da effetto diventi causa d'atrofia del cervello.

Più recentemente il Margulis si occupava in un lungo lavoro della patologia e della patogenesi dell'idrocefalo primario cronico (1). Riuniva però in tale categoria l'idrocefalo primario cronico, l'idrocefalo infiammatorio e l'idrocefalo da stasi degli adulti. Le ricerche anatomiche ed isto-patologiche eseguite dal Margulis sopra dieci casi: sei di idrocefalo interno cronico, due di idrocefalo infiammatorio e due di idrocefalo da stasi, lo condussero alle seguenti conclusioni:

1° Il quadro anatomico dell'idrocefalo interno primario cronico consiste in una iperplasia dell'ependima (del rivestimento epiteliale e dello strato di fibre della glia), in una formazione di diverticoli e di villi nello spazio del ventricolo, in una proliferazione del tessuto connettivo perivascolare e dell'avventizia dei vasi, nella formazione di una lamella fibrosa;

2° Il quadro anatomico dell'idrocefalo interno cronico infiammatorio consiste in un'alterazione infiammatoria dei vasi del plesso coroideo, delle pareti del ventricolo e della leptomeninge;

3° Nell'idrocefalo da stasi noi troviamo un aumentato sviluppo dello strato di fibre della glia dell'ependima ed una insignificante (parziale) proliferazione del rivestimento dell'ependima;

4° Il substrato anatomico dei casi di idrocefalo primario è una gliofibrosi cronica periependimale;

5° L'origine della così detta ependimite granulosa non è di natura infiammatoria, ma appartiene alla categoria delle sclerosi, le quali stanno nei confini tra un'infiammazione cronica ed una neo-formazione.

Basta un semplice sguardo ai casi di Margulis per convincersi che nella maggior parte trattavasi di idropi secondarie, svoltesi in adulti in dipendenza di affezioni diverse: tumori, meningiti, endocardite, alcoolismo, nefriti interstiziali, degenerazioni renali.

Nel primo gruppo degli idrocefali interni cronici troviamo:

Caso 1° E... A... S..., 47 anni, bevitore d'acquavite. *Diagnosi clinica*: Epilessia alcoolica. Pneumonite acuta destra. *Diagnosi anatomica*: Ependimite cronica, idrocefalo interno cronico, polmonite destra, edema polmonare, degenerazione adiposa del miocardio e dei reni.

Caso 2° Contadina di 40 anni, affetta da endocardite.

Caso 3° Donna di 50 anni, affetta da corea cronica progressiva.

Caso 4° Spondilite tubercolare, tubercolosi miliare dei polmoni, del fegato, della milza, dei reni. Pleurite adesiva del lobo polmonare inferiore sinistro. Atrofia bruna del miocardio e mixomatosa dell'epicardio. Degenerazione parenchimatosa del miocardio, del fegato, dei reni. Tumore acuto di milza. Siringomielia. Idrocefalo interno cronico.

Caso 5° Paziente di 15 anni. Enorme dilatazione dei ventricoli cerebrali. La parete interna di essi bernoccoluta. Acquedotto di Silvio e fori di Monro pervi.

Caso 6° Infermo di 32 anni. *Diagnosi clinica*: Tumore del cervello (lobo frontale). *Diagnosi anatomica*: Idrocefalo interno cronico.

Nel secondo gruppo degli idrocefali infiammatori figurano:

Caso 1° Meningite cerebro spinale. Idrocefalo interno.

Caso 2° Donna di 52 anni. Idrocefalo interno. Meningite della base cerebrale. Enterite acuta.

E nel terzo gruppo havvi:

Caso 1° Donna dell'età di 52 anni, da due anni ammalata con dolori di capo, debolezza generale, dolori e sensazioni di debolezza nelle gambe, da non potersi reggere. L'autopsia mostrava un grandissimo idrocefalo interno, ma assieme un vecchio ematoma organizzato submeningeo nella fossa cranica posteriore in corrispondenza dell'emisfero cerebellare sinistro. Ivi aderenze delle lepto meningi fra loro e colla dura madre.

Le meningi molli della convessità in alcune parti ispessite e coperte di lamelle bianche. Le pareti interne dei ventricoli liscie e cosparse di vasi serpeggianti, pieni di sangue. Il plesso coroideo macroscopicamente normale dai due lati.

(3) ZIEGLER. *Traité d'anat. path.* Bruxelles. Société belge d'édition, 1910, T. II pag. 186.

(1) M. S. MARGULIS. *Pathologie und Pathogenese des primären chronishen Hydrocephalus*. Archiv. für Psychiatrie, Bd. 50, S. 31, 1912.

Caso 2° Tumore del cervelletto ed idrocefalo cronico da stasi.

Non discuto i reperti anatomici ed istologici forniti dal Margulis intorno all'ependima dei ventricoli e che sono pienamente confermati da ricerche inedite del prof. Zenoni in casi di gliosi ependimale. Ma cotali reperti non autorizzano l'illazione del Margulis che l'elemento patogenetico dell'idrocefalo primario consista in una iperplasi dell'ependima, in una formazione di villi e di diverticoli nello spazio del ventricolo; dappoichè l'età dei soggetti e le affezioni concomitanti coll'idrocefalo e per loro natura capaci di subordinarlo, evidentemente dimostrano che nella maggioranza dei suoi casi, l'idrocefalo non può essere ritenuto congenito, ne primario cronico. Per contro essendosi l'iperplasia dell'ependima constatata in idropi ventricolari di origine diversa, assai facilmente può essere un epifenomeno dell'idrocefalo in rapporto ad una attività maggiore del ventricolo meccanica o biologica. Spesso nelle nefriti croniche vedesi l'ependima ventricolare zigrinato senza le note di un processo infiammatorio. Si verificano inoltre casi di idrocefalo senza ependimite e viceversa di ependimite senza idrocefalo. Sembra da ciò che non esistano rapporti unici di stretta dipendenza dell'idrocefalo dallo stato dell'ependima. Quali cause predisponenti dell'idrocefalo cronico idiopatico si annoverano la consanguineità e l'alcoolismo dei genitori, il linfatismo, la tubercolosi, il rachitismo, la sifilide, le gastro enteriti, le malattie infettive.

Con quale frequenza ed in quale maniera queste cause agiscono è ignoto.

Tre anni or sono all'epoca della publicazione della mia prima nota sugli idrocefali secondari, avevo raccolto ed esaminato quattro cervelli di idrocefali congeniti che ancor dirò idiopatici. Aspettai a comunicare i risutati delle mie indagini nella speranza di avvalorarli con nuove osservazioni.

Senonchè finora non mi si offerse più questa possibilità e mi decido a limitare la mia esposizione ai quattro casi osservati.

Anzitutto, pur facendo delle riserve sulla esattezza dei vocaboli di idrocefalo primitivo, idiopatico od essenziale, noterò che il termine di congenito da solo non specifica quella varietà di idrocefalo, a cui vorremmo dare il nome di primitivo od essenziale. In altre parole l'attributo di congenito non può farsi sinonimo di primitivo. Ed a me occorse di vedere dei preparati di idrocefali congeniti, per le enormi dimensioni della sacca, creduti rari esemplari di idrocefali idiopatici, i quali erano invece idrocefali secondari ad una alterazione fetale macroscopica, la mancanza del foro di Magendie e dei fori di Luschka e la conseguente chiusura dei ventricoli per difettoso processo regressivo della membrana tectoria del quarto ventricolo.

Joukowsky (5) descriveva due casi di microcefalia ed idrocefalia in cui mancavano il corpo calloso ed il trigono cerebrale.

Al pari di tutti gli altri fenomeni emoidraulici encefalo-midollari, l'eziologia e la patogenesi degli idrocefali non potè essere intimamente compresa, perchè non fu posto mente al vero stato della circolazione endocranica ed endorachidica e così fu falsata la vera origine del liquido cerebro spinale. Secondo i principî da me esposti sulla secrezione e sull'assorbimento del liquido cefalorachidiano (2) (3) la produzione di questo liquido è una funzione dei vasi arteriosi, la quale si compie nei ventricoli e fuori di questi nell'ambito del sacco aracnoideo ed in ogni parte della massa nervosa centrale nelle proporzioni rispettive.

Sotto la pressione del ventricolo cardiaco il liquido filtra dalle fine arteriole, circondate dalla guaina linfatica, entro gli spazi linfatici perivasali e nel serbatoio aracnoideo. Dove le arteriole diventano capillari, gli spazi perivasali endolinfatici terminano, ed alla superficie del nevrasse si aprono negli spazi aracnoidei. Dal serbatoio aracnoideo per la pressione indotta dalla tensione elastica durale, il liquido filtra nuovamente e penetra nelle vene, nelle quali la pressione è minore. Cosicchè il liquido cefalo-rachidico, uscito dalle arteriole è ripreso e restituito alla circolazione generale dalle vene.

Esistendo un ostacolo al movimento della corrente sanguigna affinchè il circolo cerebrale si stabilisca, bisogna che aumenti la pressione al disopra dell'ostacolo. Elevasi la linea dei carichi idraulici, aumentano i fenomeni di diffusione e di filtrazione.

Verificandosi adunque un aumento del liquido la nostra attenzione deve essere sopratutto rivolta ai vasi ed alle condizioni che possono influire sul regime idraulico, il che torna a dire, allo stato dei vasi.

A questo scopo prelevavo dai cervelli, che volevo esaminare, numerosi pezzi della corteccia, delle pareti dei ventricoli, dei plessi coroidei, li fissava in formalina e li includeva in celloidina. Indi, fattene le sessioni microscopiche, le coloravo con ematossilina ed eosina o col metodo di Van Gieson. Dei quattro cervelli da me esaminati due appartenevano a bambini del riparto

(1) V. P. IOUKOWSKY. *Les formes rares des hydrocéphalies congénitales*. Annales de Méd. et de chirurg. infantiles, 1910, pag. 321.

(2) F. PEDRAZZINI. *Della circolazione encefalo-midollare fisiologica e del liquido cerebro-spinale*. L'Ospedale Maggiore, nn. 10-11, ottobre-novembre 1916.

(3) *Degli idrocefali*, loc. cit.

pediatrico dell'Ospedale maggiore (Padiglione Beretta medicina), gli altri due mi furono gentilmente forniti dall'egregio signor dott. Paravicini medico primario del manicomio di Mombello.

Osservazione I.

R... R..., di mesi 9, da Lambrate. Entrata nel dì 11 giugno 1915, morta il 28 dello stesso mese.

Diagnosi clinica: Idrocefalo, bronco-polmonite.

Autopsia: Cadavere della lunghezza di centimetri 66, nutrizione generale scadentissima. Capo voluminoso. Circonferenza cranica centimetri 48.

Suture largamente divaricate. Fontanella quadrangolare larga centimetri 10, lunga centimetri 9, molle, cedevole, fluttuante. Ossa della volta cranica sottili. Dura madre tesa. La sua superficie interna liscia, lucente. Meningi molli trasparenti. Vene piali iniettate di sangue. Circonvoluzioni cerebrali appianate. Solchi poco visibili o scomparsi. Ventricoli molto dilatati, le loro pareti ridotte dello spessore di meno di un centimetro sulla convessità, racchiudenti 400 centimetri cubi di liquido. Ependima liscio, sottile, trasparente, cosparso sui talami e sui corpi striati di granulazioni finissime. Grosse arborizzazioni venose sottoependimali. Corpo calloso ridotto ad una lamina esile. Fori di Monro, acquedotto di Silvio, foro di Magendie ampi, dilatati. Molto profonde alla base cranica le fosse temporosfenoidali e la occipitale. Le volte orbitali arcuate e convesse con profonde digitazioni. La lamina quadrilatera dell'etmoide più bassa ed approfondata.

Il liquido raccolto nei ventricoli era limpido, trasparente, scorrevole, di reazione alcalina, della densità di 1006, rapidamente filtrabile, privo di zucchero, conteneva 0,20 ‰ di albumina, gr. 7,5 ‰ di cloruri, gr. 0,25 ‰ di fosfati. La reazione di Nonne-Apelt I fase per la ricerca delle globuline negativa. Parimenti negativa la reazione di Rivalta-Sabbatini. Negativa la reazione di Wassermann.

L'osservazione microscopica del sedimento mostrava rari leucociti, cellule endoteliali sparse, qualche globulo rosso del sangue.

Diagnosi anatomo-patologica: Idrocefalo interno congenito. Focolai di bronco-polmonite basilare. Lieve stasi viscerale.

Nelle sessioni microscopiche del cervello si presentavano con eccezionale frequenza dei fini vasi arteriosi, sinuosi od a spirale, con numerose volute irregolari, con brusche ripiegature ad angolo, decorrenti entro spazi linfatici ampi, altri mal conformati di calibro irregolare, a dilatazione e restringimenti, altri ancora formanti lunghe curve a guisa di anse retrograde, altri infine a sviluppo plessiforme o terminanti ad ampolla.

I plessi coroidei e l'ependima dei ventricoli offrivano la struttura normale, in qualche punto una lieve e circoscritta infiltrazione parvicellulare.

Così pure lungo il mantello di alcuni vasi centrali si verificavano isolati addensamenti di elementi linfoidi (v. figure tav. I).

Osservazione II.

M... V..., di mesi 11. Accolto nel padiglione Beretta medicina il 9 luglio 1915, morto il 24 dello stesso mese.

Diagnosi clinica: Idrocefalo congenito. Bronco polmonite.

Autopsia limitata al capo: Cranio molto voluminoso di forma globosa, circonf. cranica cm. 47. Fontanella bregmatica lunga cm. 7 larga, cm. 6. Sutura coronale aperta e divaricata fino all'incontro delle linee curve temporali, saldata al disotto. Divaricate le suture sagittale e lambdoidea. Bozze frontali sporgenti. Bulbi oculari depressi. Faccia piccola. Ossa della volta cranica sottili. Dura madre aderente all'ossatura. Leptomeningi sottili, trasparenti. Qualche macchia opalina in corrispondenza dei lobi frontali e lungo il solco intermisferico. Vene piali mediocremente congeste di sangue. Circonvoluzioni cerebrali appianate. Emisferi molli, fluttuanti, si afflosciano aspirando con una siringa il liquido. chiuso nei ventricoli assai dilatati. Corpo calloso e volta a tre pilastri sottilissimi, molli, assai facilmente lacerabili. Ependima sottile, liscio, trasparente; in alcuni punti specialmente sul corpo striato di sinistra, finissimamente granuloso o vellutato. Sulla parte posteriore del corpo striato per breve tratto opacamento biancastro superficiale, che non si lascia asportare dal soffregamento.

Vene subependimali ben manifeste. Dei plessi coroidei il destro è della grossezza di uno stelo di penna d'oca, di colore rossigno, con epitelio trasparente. Il sinistro più pallido, più appiattito e meno sviluppato.

Tela coroidea esile, trasparente, rossigna. I corni dei ventricoli laterali dilatati in eguale proporzione. Fori di Monro ampi, capaci di dar passaggio al pollice del bambino. Terzo ventricolo relativamente meno dilatato dei ventricoli laterali. Acquedotto di Silvio pervio ed ampio. Polpa cerebrale pallida, anemica, lucida, edematosa con numerose punteggiature rossigne di sezioni vasali. Nelle scissure di Silvio non esistono granulazioni, nè aderenze visibili o palpabili. Cervelletto di forma e sviluppo normale, di consistenza molle. Fra esso ed il bulbo assenza di essudati. Foro di Magendie aperto.

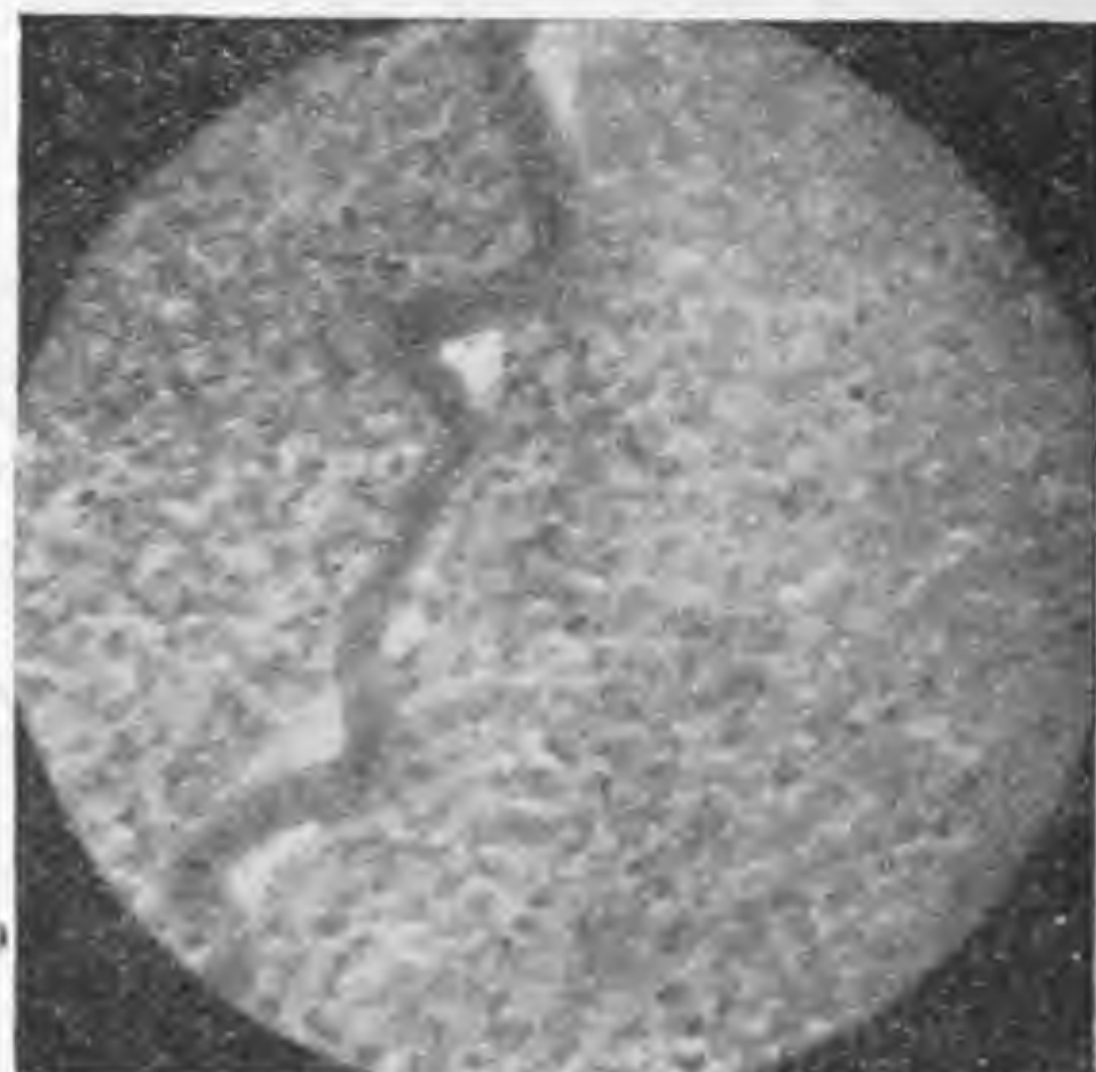
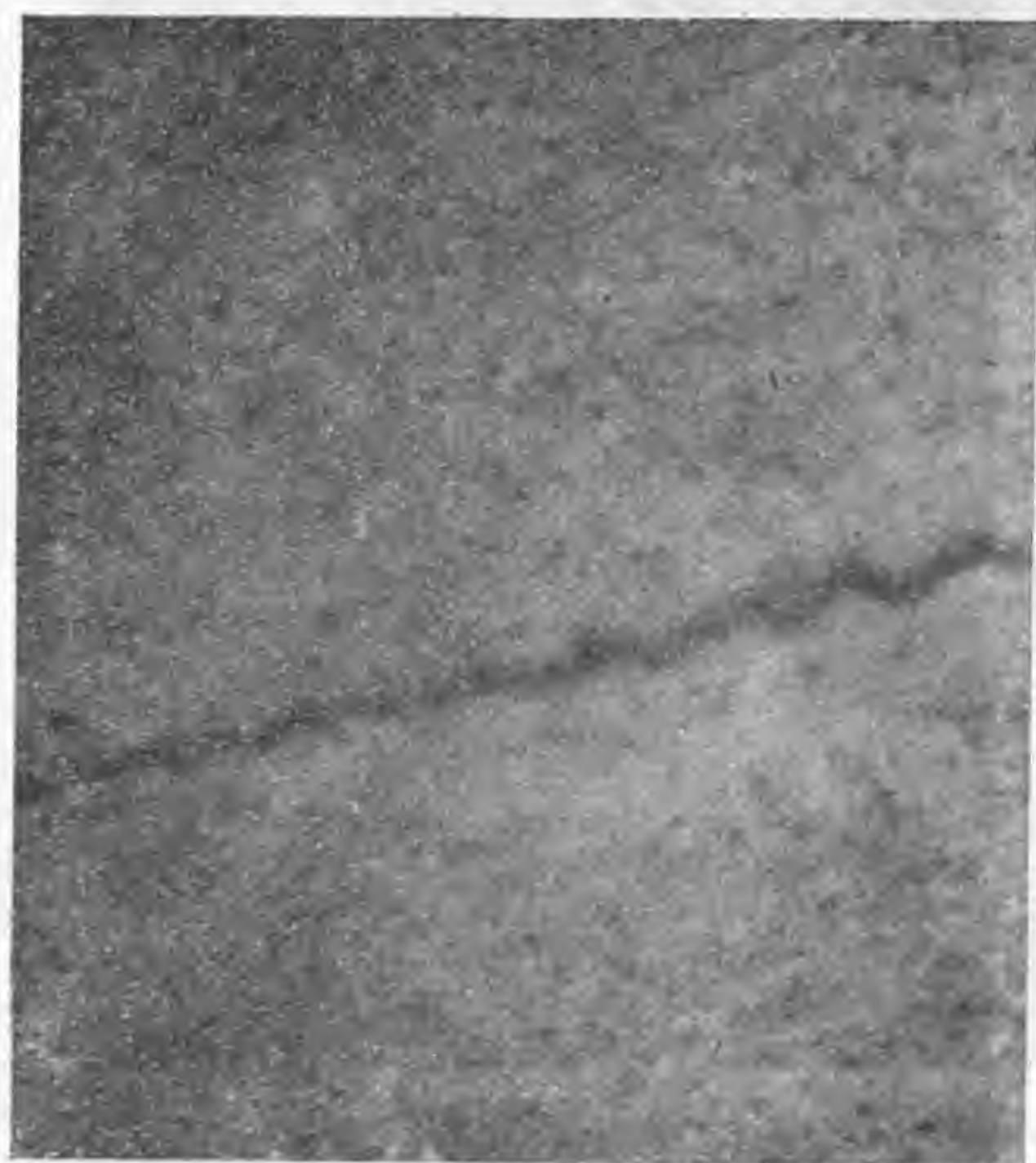
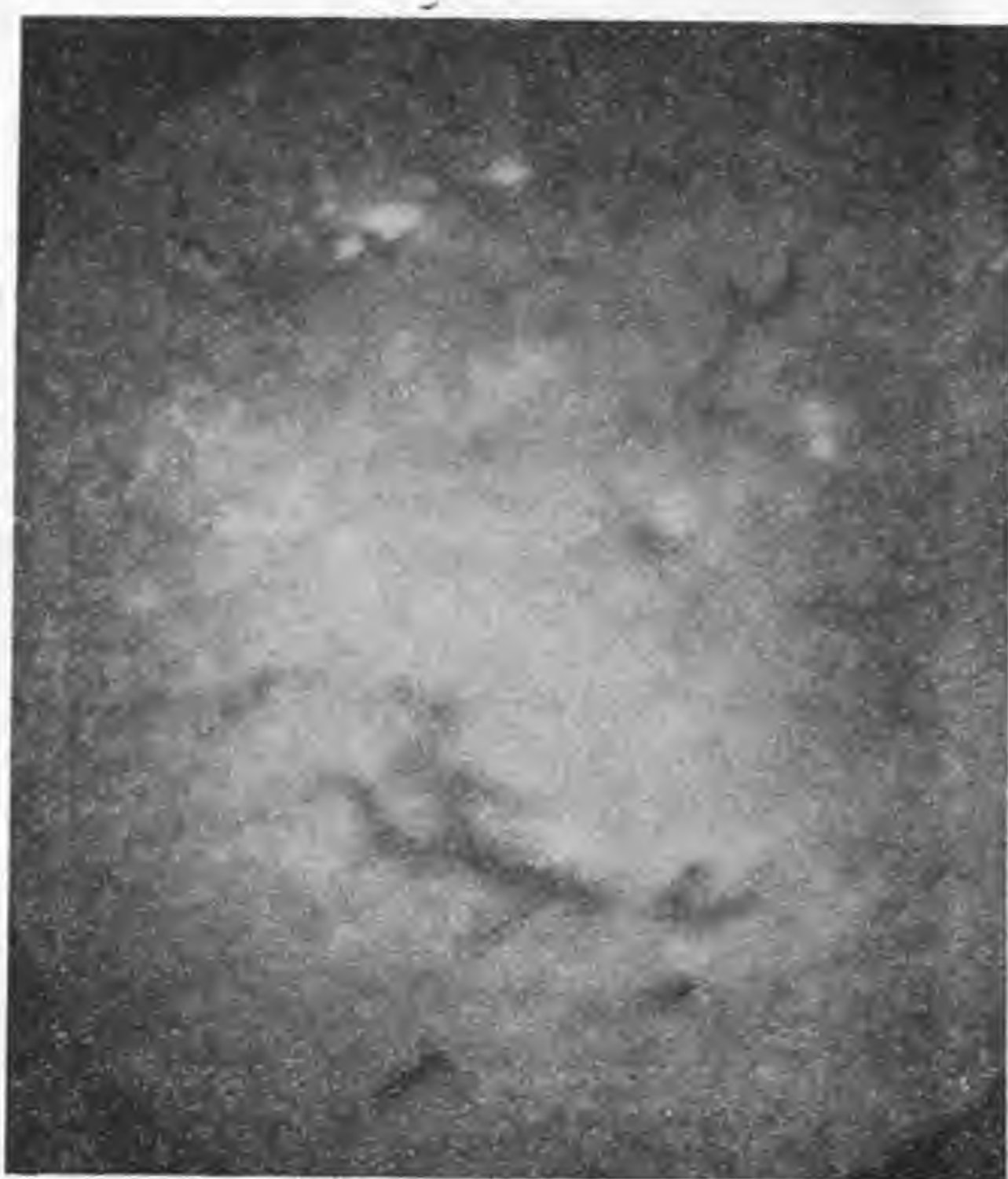
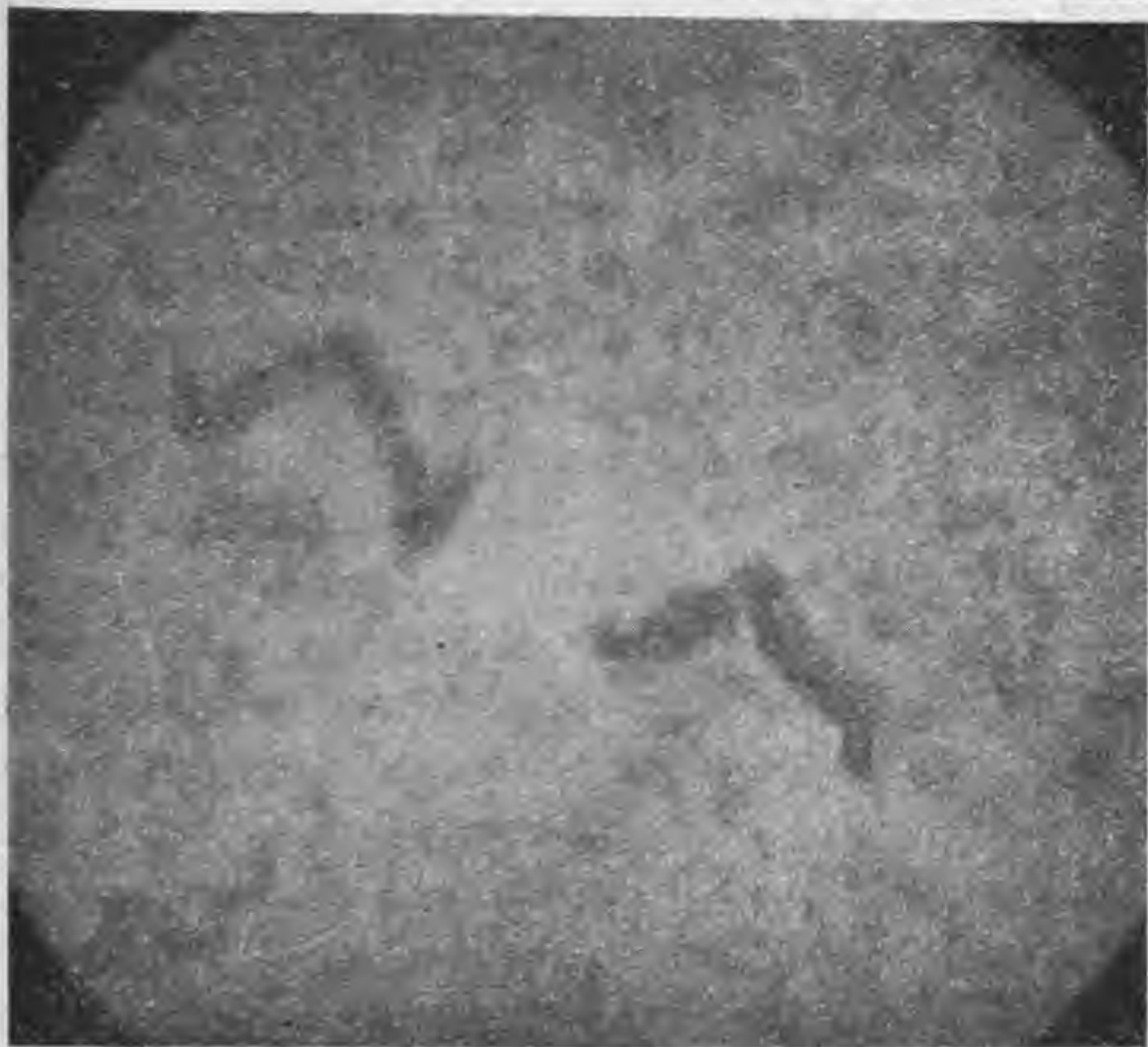
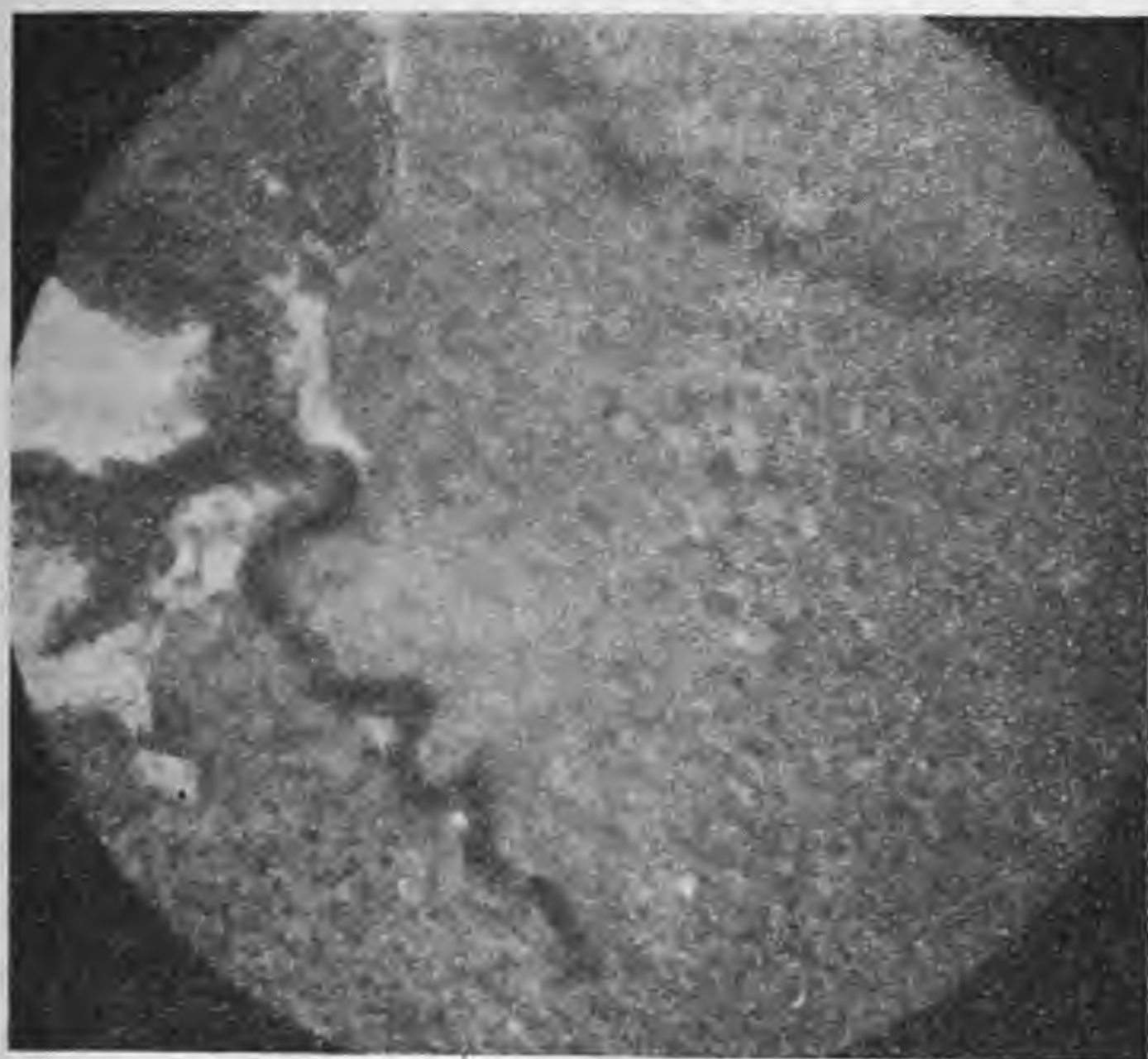
Il liqido raccolto nei ventricoli in quantità di 350 cmc. circa, era limpido, della densità di 1006, a reazione alcalina, conteneva gr. 0,35 per ‰ di fosfati, gr. 8,5 di cloruri, gr. 0,15 ‰ di albumina. Assenza di zucchero. Reazione di Nonne Apelt I. Fase negativa. Reazione di Rivalta-Sabbatini negativa.

Nelle sezioni microscopiche del cervello si riscontrava delle alterazioni di conformazione dei vasi analoghe a quelle del caso precedente.

Plessi coroidei ed ependima dei ventricoli normali. Mancano alterazioni di degenerazione del connettivo. Mancano sfere ialine, concrezioni calcari, produzioni psammomatose e fatti di infiltrazione linfoide (v. figure tav. II).

Osservazione III.

C... N..., fanciullo affetto da idrocefalo congenito enorme, morto nel Manicomio provinciale di Mombello. Il cervello con le meningi fu conservato in bagno di formalina nel laboratorio di anatomia patologica di quell'istituto.

Le cavità dei ventricoli sono amplissime. Le loro pareti assai sottili. Il corno sfenoidale ed il corno frontale sono separati fra loro da un'esile lamella. Le vie di comunicazione dei ventricoli fra loro e col sacco aracnoideo pervie. Lo ependima ventricolare ineguale, zigrinato, villoso. Leptomeningi sottili, trasparenti, svolgibili.

All'esame istologico della sostanza cerebrale sono frequenti i vasi mal conformati, contorti o sinusoidali, con inflessioni ad angolo e restringimenti. Nello strato sottoependimale osservasi una leggera infiltrazione parvicellulare (v. figure di contro).

Osservazione IV.

S..., altro fanciullo affetto da idrocefalo congenito enorme, morto nel manicomio provinciale di Mombello.

Il cervello conservato in bagno di formalina.

Come il precedente presenta le cavità ventricolari molto large. Le pareti sottilissime, le vie di comunicazione ventricolari ampie e pervie. Lo ependima dei ventricoli zigrinato. Le leptomeningi sottili.

L'esame istologico rivelava gli stessi fatti dell'osservazione terza, salvo che in confronto alle forme vasali a cavaturacciolo o ripiegantisi a guisa di dentellature vi predominavano i vasi di calibro ineguale con punti di restringimento e di dilatazione.

Ora fra i quattro cervelli esaminati, i due dei fanciulli del Monbello avevano l'ependima ventricolare manifestamente ineguale zigrinato o vellutato, e più spiccata l'infiltrazione parvicellulare dello strato sottoependimale; i due invece dei bambini del padiglione Beretta rispettivamente di 9 e di 11 mesi, avevano l'ependima liscio trasparente, solo in qualche punto cosparso di finissime granulazioni.

Ma in tutti i quattro detti cervelli un'alterazione esisteva, costantemente la stessa, ed il microscopio la rendeva facilmente palese: l'alterazione di forma e di decorso delle piccole arterie.

I vasi sono sede di fenomeni di filtrazione e di diffusione. Suddividendosi le arterie aumentano, in proporzione delle superfici di attrito e dei fenomeni di capillarità, le resistenze alla corrente.

Per la regolarità del circolo, ossia affinchè la linea dei carichi piezometrici si comporti come di norma ed i fenomeni di filtrazione si compiano nel modo fisiologico, tale aumento di resistenza nella rete vasale deve avvenire in una determinata misura. Se per aumento delle superfici di attrito o per ostacoli esistenti nel lume dei piccoli vasi crescono le resistenze al circolo, in tutto il tratto sovrastante di quel distretto della canalizzazione avverrà stasi ed un innalzamento della pressione con aumento dei fenomeni di filtrazione.

Immaginiamo per esempio la massa delle arteriole riunita in fascio come fosse un tubo diviso internamente in tante piccole parti o canali minori. Ostruendosi singolarmente i piccoli canali interni determinano man mano una graduale diminuzione del lume della sessione totale.

Posto adunque che il numero delle arteriole sinuose, con ripiegature ad angolo e strozzature sia considerevole, e che lo stesso fatto si ripeta in tutti od in molti distretti della circolazione encefalo-midollare, l'effetto sarà pure rilevante e si avrà una eccedenza di produzione del liquido. È logico supporre che allo stato normale conservandosi invariato il volume del liquido cefalorachidico, tanto se ne produca dai vasi arteriosi,

quanto se ne assorba dai venosi. Perciò le superfici normali di secrezione e di assorbimento, devono fra di loro essere in un determinato rapporto proporzionale all'attività dei vasi.

Cresce l'attività di secrezione e non aumenta in eguale misura l'assorbimento, l'equilibrio è distrutto; si forma l'idrocefalo. La raccolta liquida andrà sviluppandosi fino a che la produzione e l'assorbimento non giungano di nuovo a compensarsi. Si comprende di qui l'interesse che assumono le alterazioni vasali sia nella patogenesi degli idrocefali, sia a sostegno dell'origine del liquido cerebro-spinale, generalmente attribuita ai plessi coroidei.

Intanto nei miei casi, verificatesi le suddette alterazioni, l'idrocefalo, che a buon diritto si sarebbe ritenuto idiopatico, primitivo od essenziale, non merita siffatte denominazioni. Imperocchè la causa efficiente esiste, soltanto in luogo di essere macroscopica è microscopica e risiede nelle piccole arterie. Siffatti idrocefali congeniti sono evidentemente di natura meccanica, perchè le alterazioni della rete arteriosa generano un ostacolo al circolo sanguigno, come negli idrocefali secondari già studiati, la compressione del seno retto o della vena di Galeno, cagionava un ostacolo in un luogo più basso della canalizzazione.

È neppure necessario che i vasi sieno deformati in un lungo percorso. Se un vaso od un distretto di piccoli vasi è ostruito in un punto, in tutto il tratto soprastante di quel distretto della canalizzazione avverrà stasi ed un innalzamento della pressione con aumento dei fenomeni di filtrazione.

Potrebbe darsi nondimeno che vi siano anche casi di idrocefalia congenita, nei quali in cambio di un'alterazione di forma esista un'alterazione di struttura dei vasi e maggiore permeabilità alle stesse condizioni idrodinamiche, onde ne vengano del pari accresciuti i fenomeni di filtrazione.

Per essere più preciso osservo che le alterazioni da me rilevate sono abbastanza frequenti nei preparati microscopici, ma non interessano tutte le arteriole. Molte si presentano di aspetto normale. Ma quello che appare in una sezione microscopica è un esponente infinitesimale di ciò che si avrebbe dall'esame dell'intiero apparato circolatorio encefalomidollare.

Oltrechè nella massa nervosa centrale una copiosissima rete di fini vasi sta nella pia madre, la meninge vascolare, che provvede il sangue al mantello cerebrale facendolo passare nel suo spessore allo stato di corrente capillare. Tentai infatti di spingere lo sguardo ai vasi meningei sia in idrocefali, sia in individui di differente età, decessi per affezioni diverse.

I vasi sanguigni piali ora rettilinei, ora curvi, ora contigui, ora accavallati, ora discosti, ora separati da spazi larghi, s'intrecciano, si anastomizzano, costituiscono delle maglie così varie e così modificabili dagli stati morbosi e dai fenomeni dell'agonia e della morte, da rendere impossibile nei preparati microscopici un esatto confronto.

Avendosi una causa permanente di squilibrio fra produzione ed assorbimento del liquido cerebro-spinale, la eccedenza, sia pure piccola, continuo accumulandosi, crea la raccolta idrocefalica. E questa può crescere e recare nocumento allo sviluppo cerebrale, fino che saldatesi le suture e progredita l'ossificazione, divenuta la scatola cranica rigida ed indeformabile, il liquido interno raggiunge una pressione che ostacola l'eccessiva sua produzione od in altro modo si stabilisce un regime idraulico di compenso che eguaglia la produzione del liquido all'assorbimento.

La relazione fra vasi e liquido, fra vasi ed idrocefalo, non si palesa solo negli idrocefali congeniti, allorchè la deformazione vasale è primitiva. Anche negli idrocefali secondari a grossi tumori degli emisferi cerebrali ed aumento di volume del contenuto solido nel sacco durale, ad impervietà del foro di Magendie, a tumori del mesocefalo comprimenti il seno retto o la vena di Galeno, avvenendo una elevazione della linea dei carichi idraulici e stasi in tutta la canalizzazione od a monte dell'ostacolo, col lungo permanere della causa si determinano per adattamento un maggiore sviluppo dei fini vasi, inflessioni e deformazioni, che ricordano le alterazioni vasali primitive dell'idrocefalo congenito, come ho osservato in parecchi casi e può vedersi in alcune fotografie annesse a questo scopo alla mia prima puntata sugli idrocefali.

Taluni riferirono l'idrocefalo congenito alla sifilide ereditaria. Una tale opinione è certamente troppo esclusiva, ma non è men vero che la sifilide è l'affezione che più lede i vasi.

Nel mio lavoro sulla circolazione encefalo-midollare fisiologica e sul liquido cerebro-spinale, paragonavo dal punto di vista fisico le arterie cerebrali circondate dalle guaine linfatiche e dagli spazi endolinfatici, ai glomeruli renali, racchiusi nella capsula di Bowmann (1). Dicevo che la conformazione a gomitolo del glomerulo piuttosto che la ramificata delle arterie cerebrali non influiscono sul principio fisico che vi domina. Nell'uno e nell'altro organo havvi un vaso sanguigno sotto pressione entro una cavità a pressione minore, le condizioni più favorevoli del filtro.

Non nego che l'ependima possa essere dotato di proprietà secretiva. Intendo tuttavia distin-

(1) *Secrezione ed assorbimento del liquido cerebro-spinale.*

guere fra proprietà secernente e proprietà filtrante (l'una di natura biologica e l'altra più specialmente di natura fisica), alla stessa guisa che nel rene assomigliamo il glomerulo ad un filtro e l'epitellio dei tubuli ad una ghiandola.

Le cellule ependimali hanno origine ectodermica e derivano direttamente dalle cellule epiteliali (spongioblasti di Hiss), che assieme alle cellule germinative (neuroblasti di Hiss) costituiscono la parete del canale neurale primitivo.

È verosimile adunque che il neuro epitelio riversi dei prodotti nel liquido filtrato dalle arteriole. Ma un'altra funzione spetta all'ependima per la sua sede particolare, quella di tessuto di rivestimento delle pareti dei ventricoli.

Ho sopra accennato ad una attività maggiore meccanica o biologica dell'ependima nell'idrocefalo comunicante. Or bene nell'idrocefalo comunicante le fluttuazioni pulsatorie e respiratorie di pressione del liquido cefalo-rachidico ripercuotendosi nella cavità dei ventricoli senza essere ammorzate dalla compressibilità del vapor d'acqua giungono sulle pareti dei ventricoli medesimi come altrettanti colpi di ariete.

Occorre quindi una maggiore resistenza del tessuto di rivestimento ventricolare e per adattamento fisiologico esso tende a raggiungere un maggiore sviluppo, mentre per legge fisica soggiace a deformazione elastiche. Per legge fisica quando un tessuto è composto di elementi di diversa elasticità, e dopo essere stato stirato si retrae, gli elementi di elasticità minore che avevano sorpassato il loro limite di elasticità, conservano permanentemente una parte dell'allungamento subito e le loro molecole prendono un nuovo stato di equilibrio. Ne deriva che la superficie del tessuto non resta più liscia, bensì presenta delle protuberanze a norma delle differenti distribuzioni degli elementi e del loro grado di elasticità.

L'allungamento permanente una volta incominciato seguita a farsi e sè per breve tempo è insensibile finisce alla lunga col diventare considerevole. Così l'ineguaglianza della superficie dell'ependima e l'ipertrofia della glia sottoependimale nell'idocefalo comunicante possono benissimo spiegarsi per l'adattamento del tessuto di rivestimento alla modificata funzione del ventricolo, alla guisa dell'ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore nella ipertensione arteriosa, dell'ipertrofia di un polmone, se la funzione dell'altro è gravemente ostacolata per aderenze o per sclerosi, dell'ipertrofia di un rene dopo l'ablazione dell'altro e via dicendo.

Una tale opinione trova perfetto riscontro nei quattro casi attuali di idrocefalo congenito comunicante e nell'osservazione nona della mia precedente puntata, relativa ad idrocefalo congenito, enorme chiuso per impervietà della membrana tectoria del quarto ventricolo e mancanza dei fori di Magendie e di Luschka. Fra i primi quattro i due bambini del padiglione Beretta dell'età di 9 e di 11 mesi, presentavano l'ependima liscio solo in certi punti finissimamente granuloso ed i due fanciulli grandicelli del manicomio di Mombello offrivano l'ependima ventricolare ispessito, rugoso, ineguale, villoso, con lievi note infiammatorie.

Nell'osservazione nona della mia precedente puntata, relativa ad idrocefalo congenito chiuso, essendo impedita la propagazione delle variazioni pulsatorie e respiratorie di pressione del serbatoio aracnoideo alla cavità dei ventricoli, non ostante la stragrande raccolta di otto litri di liquido entro i ventricoli medesimi e l'età di anni 4 e mezzo del soggetto trovavasi l'ependima liscio sottile, levigato.

NOTE E CONTRIBUTI.

Considerazioni sul pneumotorace sia spontaneo che artificiale.

per il dott. PIETRO BERTOLI
dirigente la sezione chirurgica della Poliambulanza dell'Ospedale Ugolani Dati in Cremona.

Gli studi del prof. Forlanini prima, del Morelli poi, dimostrarono come il polmone sia capace di sopportare una compressione per molto tempo, senza che ne sia compromessa la sua funzione. E, se dapprima l'insorgenza di un pneumotorace era considerata come gravissima complicazione di malattia polmonare, dopo le osservazioni cliniche del Forlanini stesso, non solo si dimostrò la necessità di mantenerlo, ma di continuarlo come pneumotorace terapeutico.

Morelli, battendo la via tracciata dal suo Maestro, dimostrò che tale procedimento poteva applicarsi alla cura del pneumotorace di per sè stesso, da qualunque causa prodotto, mantenendo però sempre nel cavo pleurico una pressione positiva.

Ad essa, che il Morelli col suo apparecchio cercava di mantenere per un dato periodo nei feriti del polmone, ottenendo, non solo l'immobilizzazione, ma la compressione del tessuto polmonare, sono dovuti molti casi di guarigione.

La minore frequenza di complicanze, dopo il sussidio del pneumotorace, quali la pleurite reattiva e l'empiema che sappiamo derivanti dalla moltiplicazione dei microrganismi, penetrati, o dall'esterno per mezzo dell'agente che ha prodotto la lesione, o dal focolaio del polmone leso, nella raccolta sanguigna, ottimo mez-

zo di cultura, prova chiaramente la sua efficacia.

Diminuire quindi al minimum il terreno favorevole per lo sviluppo dei germi della suppurazione, evitare quanto più sia possibile le cause, che possono determinare gravi alterazioni della pleura, costituiscono il fine, a cui tende il pneumotorace artificiale, usato su larga scala dal Morelli. Perciò si rende necessaria la sua applicazione al più presto, allorchè la diagnosi di lesione polmonare sia stata precisata, o sia stata messa in evidenza la formazione di un emotorace, dipendente da lesioni della parete, in cui il pneumotorace può trovare la sua ragione.

È ben vero che si può recare vantaggi al ferito anche quando l'emotorace abbia raggiunto proporzioni ragguardevoli, e ciò con altro strumento del Morelli, che permette la sostituzione di aria al liquido, che viene lentamente estratto, ma in questo caso le condizioni generali del paziente sono sempre meno buone e quindi poco favorevoli ad un'operazione più lunga.

Ma non essendo sempre possibile praticare il pneumotorace coll'apparecchio Morelli, così fu dal Morelli stesso suggerito di provocare, appena ci si trova davanti ad un ferito del polmone e le condizioni della ferita lo permettono, un pneumotorace spontaneo, dilatando, previa disinfezione, la ferita anche con una semplice pinza anatomica, in modo che possa il polmone assorbire aria dall'esterno in quantità sufficiente per ottenere il suo collabimento. Più tardi si potrà ricorrere a rifornimenti razionali quando la tensione endopleurica si sarà ridotta e ciò fino a che si supporrà avvenuta la cicatrizzazione della ferita.

L'essermi trovato, durante il periodo di guerra, in ospedali avanzati, mi permise di controllare diversi operati dal Morelli, di vederne le manualità tecniche, di eseguire diverse volte il pneumotorace artificiale e nell'ultima offensiva dell'ottobre 1918 di provocare in quattro casi gravissimi, appartenenti due al mio riparto e due ad altro, il pneumotorace spontaneo, secondo le indicazioni del Morelli. Di questi quattro casi uno solo venne a morte dopo diversi giorni per broncopolmonite, che, al tavolo anatomico, fu riscontrata di natura influenzale: gli altri guarirono senza traccia alcuna in un periodo di due mesi.

Fra i degenti nell'ospedale diretto dal Morelli, mi produsse non poca meraviglia un ammalato di pleurite essudativa, che, trattato col pneumotorace, previa evacuazione del liquido sieroso, ebbe in pochi giorni a subire un grande miglioramento con caduta della febbre e scarsissima riproduzione di liquido.

Mi sono chiesto, se di fronte a questo risultato, non fosse stato il caso di curare le pleuriti acute, sia secche, che sierose, fin dall'inizio con questo metodo, per sollevare il paziente dal dolore e per sopprimere il coefficiente meccanico, favorevole alla diffusione del processo infiammatorio, l'attrito tra le due superfici sierose.

Il trattamento mi pareva più che logico pel fatto, che col pneumotorace si veniva a creare la condizione necessaria per un rapido ritorno allo stato normale. Difatti sappiamo dalla patologia che i fenomeni infiammatori generalmente cominciano a regredire allorquando l'essudato riesce a mantenere staccati i due foglietti. Ma sfortunatamente non mi si presentarono casi clinici, su cui poter con sicurezza basare il mio ragionamento e venire a conclusioni concrete.

Ciò nonostante coll'illustrazione di un caso, che ebbi ad operare nel luglio 1918, posso recare un certo contributo al metodo curativo delle lesioni pleuriche in generale.

Il 21 luglio fui chiamato d'urgenza presso certo F... F..., ferito accidentalmente da un compagno con un colpo di rivoltella.

L'a. era pallido, un po' dispnoico, con polso debole ma regolare: presentava il foro d'entrata del proiettile sulla paravertebrale destra a livello della quarta vertebra lombare, il foro d'uscita sull'ascellare media di sinistra all'altezza della 8ª costa.

L'esame addominale faceva rilevare lieve resistenza muscolare al fianco sinistro, che impediva l'esame dell'ipocondrio corrispondente; l'esame toracico rendeva evidente una zona di ottusità dall'angolo della scapola in basso con abolizione del fremito vocale tattile e scomparsa del murmure respiratorio: al disopra della zona ottusa suono normale. Orine normali.

La diagnosi fu di lesione della milza con emotorace per aspirazione attraverso una soluzione di continuo del diaframma.

Il perchè della mancanza del pneumotorace lo trovai in un rapido accumularsi del sangue attraverso l'apertura del diaframma in modo da arrivare rapidamente a chiudere il foro d'uscita del proiettile, che suturai immediatamente.

Decisi per l'intervento, che consistette nella splenectomia, determinata dalla grave lesione della milza, svuotamento dell'emotorace attraverso l'apertura diaframmatica, che permetteva l'entrata di due dita, provocazione lenta di un pneumotorace, sutura del diaframma e ricostruzione dei piani superficiali, previa introduzione di un piccolo drenaggio: il tutto in anestesia cloroformica.

Visitato il p. successivamente trovai nei primi sei giorni un pneumotorace in discreta tensione, notava silenzio assoluto su tutta la metà sinistra. Nessun disturbo da parte del malato, in cui il polso da 120 dopo ventiquattro ore dall'atto operatorio scese rapidamente a 80. In ottava giornata si iniziò il riassorbimento dell'aria e dopo venticinque giorni il polmone si espandeva completamente, nè fatto alcuno era rilevabile all'ascoltazione. La temperatura segnò 37-1 nelle ore vespertine del 5º e 6º giorno. La guarigione avvenne per prima. Il soggetto, del quale ebbi notizie ancora pochi giorni or sono, gode sempre ottima salute.

Che fosse necessaria pel mio operato l'eliminazione del sangue, raccolto nella cavità pleurica, non mi pare, poichè si sa benissimo come esso pôteva venire riassorbito in un certo periodo di tempo, tanto più che non vi era possibilità di aumento, una volta soppressa la causa dell'emorragia e chiusa l'apertura diaframmatica per evitare il pericolo di un'ernia, qualora non fosse avvenuta una cicatrizzazione spontanea. Inoltre poteva l'emotorace essere svuotato in secondo tempo, come qualunuque altro versamento.

Le considerazioni che mi spinsero all'eliminazione di questa massa sanguigna furono diverse: il pericolo di una pleurite reattiva, la formazione di cotenne, che avrebbero poi impedita la espansione polmonare, la probabile trasformazione in piotorace per germi, che potevano essersi annidati in questo buon mezzo di nutrizione.

Colla tecnica, da me usata, evitai tutte queste possibili evenienze, nè il malato risentì danno dalla formazione di pneumotorace, che cercai di rendere un po' teso, per raggiungere lo scopo che mi proponeva, di mettere cioè completamente in riposo l'emitorace leso.

Non pensai a rifornimenti, dato che si trattava soltanto di tenere allontanate le due superfici pleuriche pel tempo strettamente necessario al ripristino della zona lesa e che si sa essere nelle sierose molto rapido.

Senza ritornare sulle ferite del polmone, in cui la discussione per la formazione del pneumotorace sarebbe oziosa, dopo i risultati ottenuti, credo degna di considerazione la sua applicazione e negli emotoraci da lesione addominale o della parete toracica, e nelle pleuriti acute con o senza versamento.

L'inocuità dello schiacciamento del polmone e la facilità con la quale è possibile l'introduzione di aria sterile nel cavo pleurico coll'apparecchio Morelli, mediante il quale essa viene assorbita spontaneamente dal paziente per la pressione negativa del cavo pleurico, deve spingere lo studioso a mettere in pratica tale metodo curativo.

Non dico che sempre debba riuscire allo scopo: sarebbe troppo imprudente l'affermarlo. Certo potrà molte volte dare dei vantaggi insperati.

BIBLIOGRAFIA.

MORELLI: *Terapia del pneumotorace spontaneo.* « Gazz. Med. Ital. », 1911. — *La cura delle ferite del polmone.* « Folia Med. »,1916. — *Intervento immediato per le ferite toraco-polmonari.* « Policlinico », 1917. — *Una modificazione all'apparecchio per pneumotorace.* « Policlinico, 1917. — *La terapia del piotorace.* « Policlinico », 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Del rapporto fra suppurazione e necrosi e loro importanza per la terapia del favo e del patereccio nella comune pratica.

HERMANN FRANK (Berlino): *Medizinische Klinik,* n. 45, 1919.

L'A. prendendo il punto di partenza dalla cura chirurgica dei flemmoni si domanda, quale sia il meccanismo d'azione d'una incisione chirurgica, cosa assai facilmente trascurata.

Si sa che i fattori tossici oltrepassano spesso colla loro azione il focolaio locale per invadere l'intero organismo. Secondo l'A. è facile comprendere, come i poteri difensivi dell'organismo possano agire contro tali fattori tossici locali e generali, mentre è meno facile spiegarsi l'efficacia d'una incisione, la quale agisce solo in una zona circoscritta, dividendo i tessuti e permettendo il deflusso delle secrezioni in essi contenute.

Per spiegare l'azione d'un taglio chirurgico, l'A. porta due ipotesi: la prima, che incidendo i tessuti si apra l'accesso all'ossigeno e si faccia perdere ai batteri anaerobi il loro potere di sviluppo. La seconda ipotesi che per l'A. è la più probabile, porta in campo la diminuzione della pressione dei tessuti incisi e conseguentemente lo scarico di sostanze tossiche. Secondo l'A. ambedue le ipotesi non riescono a lumeggiare sufficientemente la questione; e per dimostrare, come la sola diminuzione di pressione non basti spiegare il meccanismo di guarigione, cita il fatto, che alcuni flemmoni che si sono aperti spontaneamente una via all'esterno, non guariscono, se non dopochè tale apertura spontanea sia stata notevolmente ampliata. L'A. sostiene invece, che la benefica azione del coltello è evidente nei casi di necrosi dei tessuti, in cui agisce asportando le parti necrotiche.

L'A. poi venendo a parlare dei rapporti fra suppurazione e necrosi, fa osservare anzitutto, che anche la suppurazione rappresenta un processo necrobiotico con sfacelo moleculare degli elementi istologici. Gli agenti piogeni possono produrre necrosi su larga scala sia mediante la coagulazione, come nella difterite delle mucose, sia per mancata irrorazione, come avviene nei tessuti poco vascolarizzati (tendini, aponeurosi).

L'organismo può colle sue risorse permettere il riassorbimento di prodotti necrotici di una certa specie ed in una certa misura, mentre altri processi richiedono assolutamente l'intervento chirurgico. Da qui l'importanza per il medico di saper valutare, quando un processo settico possa guarire spontaneamente o quando richiede

l'intervento, importanza che acquista maggior valore nei due casi del foruncolo-favo e del patereccio. Nel primo per l'importanza che assume il pericolo dell'infezione generale, nel secondo per la estensione che può assumere la distruzione dei tessuti.

FORUNCOLO-FAVO.

L'A. osservando che il foruncolo ed il favo hanno una eguale base anatomo-patologica, pensa che eguale dovrebbe essere per ambedue l'indirizzo curativo, sebbene in realtà esista la tendenza a divergenze. Thiersch disse, che il compito più difficile per il clinico è quello di strappare nel caso di un foruncolo il bisturì dalle mani di un giovane chirurgo. Lexer invece pensa, che il bisturì dovrebbe essere adoperato in tutti i casi di foruncoli per evitare maggiori danni: altri autori sono della medesima opinione. L'A. non si sofferma poi a trattare della cura biologica e palliativa della foruncolosi (immunizzazione coi vaccini, istopina, raggi), ma tratta diffusamente solo dell'azione d'esplicare dinanzi ad un focolaio d'infiltrazione circoscritto, unico, più o meno maturo.

Il carattere dei foruncoli prodotti dai comuni germi della suppurazione, è dovuto all'associarsi di due processi: della necrosi da coagulazione che interessa una ghiandola sudoripara o sebacea e si estende ai tessuti vicini, e della suppurazione, la quale permette la eliminazione della parte necrosata.

La differenza fra il foruncolo e il favo è dovuto al fatto, che quest'ultimo ha una maggiore estensione e si presenta con numerose perforazioni della cute a guisa di staccio. In ambedue i casi i processi di necrosi e di suppurazione decorrono paralleli a volte, a volte si oltrepassano differendo nei loro limiti, in definitiva però la suppurazione distacca il cencio necrotico circondandolo e ne favorisce la eliminazione. La suppurazione quale processo di demarcazione è guidato dalla necrosi, la quale rimane quindi il processo essenziale, progrediente, che inonda l'organismo di sostanze nocive. L' esito, quando si abbandoni alle forze naturali, dipende dal fatto che la suppurazione o la necrosi prendano la predominanza. Nel concetto generale si giudica la gravità del processo della sua estensione, elemento di giudizio non corrispondente alla realtà, poichè in alcuni casi dei piccolissimi foruncoli possono rappresentare la porta d'ingresso di gravi infezioni settiche generalizzate. Mentre vi sono infiltrazioni molto estese che perdono rapidissimamente il loro potere tossico sull'organismo, limitando l'azione alla zona in cui hanno sede. È stato considerato come indice di gravità il carattere di perforazione della cute a staccio: l'A. invece considera questo fatto solo come un elemento di difesa dell'organismo, che elimina in tal maniera su più larga scala i prodotti necrobiotici. L'A. concludendo ritiene che i due processi dovrebbero essere distinti a secondo della influenza che essi esercitano sull'organismo e non sui loro caratteri esterni.

Chiama foruncolo quel processo, il quale è caratterizzato da una suppurazione preponderante che riesce a demarcare interamente o a pezzi la parte necrotizzata. Chiama favo invece quello in cui prepondera un'infiltrazione dura che si estende tempestosamente ed oltrepassa in modo rapido e vasto la linea di demarcazione.

Come giudicare all'inizio, quale sarà l'esito finale del processo? Dinanzi ad una tumefazione uniformemente estesa e dura che va perdendosi senza limiti netti nei tessuti circostanti si deve pensare ad una preponderanza dei fattori necrotici, mentre parla per il predominare della suppurazione la delimitazione precoce dell'arrossamento e la formazione più rapida di una gobba appuntita. Secondo quanto è precedentemente esposto, l'A. ritiene che le perforazioni a guisa di staccio siano caratteristiche piuttosto per il foruncolo che per il favo. Il dolore rappresenta un indice prezioso: il paziente sente una rapida diminuzione delle sofferenze non appena avvenuta la demarcazione. Per altro non bisogna fondarvi su questo criterio per dichiarare vinto il processo giacchè a volte la necrosi torna ad estendersi anche dopo avvenuta la demarcazione.

Per quello che riguarda la cura l'A. ritiene che guariscono spontaneamente quelle forme, in cui la suppurazione abbondante favorisce la demarcazione e la eliminazione dei prodotti necrotici, mentre richiedono la cura chirurgica le infezioni dure, le quali hanno le medesime caratteristiche di invadenza e di intossicazione generale di un grosso favo. I profani hanno una grande tendenza all'aspettativa per attendere ad incidere ad avvenuta maturazione e non sanno, che quando il focolaio è veramente maturato, non occorre più l'incisione. Quando è decisa l'incisione deve tenersi presente, che la tendenza all'invasione viene domata solo raggiungendo col taglio i tessuti sani in modo che i tessuti vitali possono eliminare in superficie le parti necrotiche. Non è necessario il taglio a losanga che comprende il favo come se fosse un tumore maligno, secondo quanto consiglia Riedel. I tagli più adatti sono quelli a croce combinati con alcuni altri tagli trasversali, i lembi debbono essere sollevati e zaffati al disotto con garza. Dopo qualche giorno, vinto il processo, essi vengono di nuovo addossati alle fascie sottostanti. In tal maniera viene messo allo scoperto tutto il tratto infiltrato, che colpisce il cellulare sottocutaneo e non la cute. La parete

cutanea viene così risparmiata ed in definitiva si hanno cicatrici non troppo estese. Non sono consigliabili incisioni che siano troppo piccole e limitate nella zona necrotica. Quando si notano segni di abbondante suppurazione, si può attendere senza timore la delimitazione della necrosi, attenendosi alla cura incruenta. L'A. consiglia in tali casi l'uso di una poltiglia emolliente: secondo lui non è giusto che il cataplasma sia la causa di un maggior sviluppo della necrosi, giacchè ritiene che la diffusione del processo avvenga al disotto della cute per le vie linfatiche. Ad ogni modo nelle regioni che sono esposte in modo speciale al pericolo della irritazione da parte di un cataplasma, come ad esempio la nuca, l'ascella, la regione glutea, si può adoperare invece il ripetuto toccamento con alcool salicilico o con talco formalinico. Infine l'A. ricorda che il radere dei peli agisce favorevolmente e che alcuni unguenti, come ad esempio l'unguento allo zolfo « Neuralgisan » possono favorire la decongestione dei tessuti dopo cominciata la suppurazione.

PATERECCIO.

Ordinariamente si considera il patereccio come un comune ascesso, curabile con una semplice incisione, e così in un numero spaventoso di casi si ha una guarigione tarda malgrado le incisioni ripetute. Per quali cause il trattamento comune dell'ascesso fallisce in tanti casi di patereccio?

Il patereccio presenta condizioni straordinarie per la speciale disposizione dei tessuti nelle dita, specie in corrispondenza della faccia palmare. I legamenti delle articolazioni interfalange, che decorrono insieme alle guaine tendinee longitudinalmente o trasversalmente, paralelli ai tegumenti, vengono incrociati da fascetti fibrosi che si dirigono perpendicolarmente dalle pareti superficiali verso le parti profonde: mercè tali fascetti durante i movimenti delle articolazioni i vari strati rimangono fissati fra loro. In altre regioni del corpo invece, dove i fasci connettivali corrono paralleli alla cute, questa fa la parte avviluppante agli organi profondi. Questa disposizione speciale dei tessuti si ripete nel palmo della mano, ove si limita a far aderire la cute all'aponeurosi palmare ed ove le loggie formata dai fascetti fibrosi sono, per la loro struttura propria dell'aponeurosi, ancor più accentuate. Manca però qui la connessione colle guaine dei tendini. Sulla faccia dorsale sono facilmente lesibili le cartilagini articolari e la matrice ungueale il cui solco è, nella sua parte mediana, in connessione coi tendini degli estensori. Questa disposizione a molte loggie è causa dell'ostinazione, della flogosi, che localizzata tante volte in un piccolissimo tratto, non riesce a trovare sfogo verso la superficie. In conseguenza dell'incarcerazione fra i fascicoli fibrosi avviene facilmente l'insinuazione delle sostanze tossiche nelle vie linfatiche: e, malgrado l'esagerato afflusso del sangue, si verificano disturbi circolatori, che conducono fino alla necrosi.

Nel senso anatomico-patologico anche questo processo è una combinazione di necrosi e di suppurazione come nel favo: le relazioni sono però diverse. Nel patereccio l'infezione, in primo tempo, prende la forma della suppurazione: il pus può penetrare dal suo stretto letto fibroso nelle guaine tendinee. La necrosi si forma solo secondariamente se sotto la pressione dei disturbi circolatori si mortificano parti fibrose mal nutrite. Nel favo accade l'inverso: la suppurazione segue come processo di delimitazione della necrosi.

In conseguenza della disposizione anatomica speciale si formano vari tipi di suppurazione a decorso caratteristico e con forme diverse, da leggere e gravi. Sono di natura poco nociva le semplici dermatiti, i foruncoli delle regioni dorsale e laterali del dito, le suppurazioni nel tessuto cellulare lasso presso le callosità situate a livello delle epifisi dei metacarpi, le quali traggono in inganno per il gonfiore prodotto sul dorso della mano. Questi ascessi possono avere lo sfogo spontaneo, se il callo non è troppo spesso. Da queste suppurazioni debbono essere ben distinte quelle formatesi sotto i solchi della palma, che s'incapsolano fra i fascetti dell'aponeurosi palmare e sono molto persistenti. Seguono le paronichie sui margini laterali delle unghie; le infiammazioni delle parti mediali del solco ungueale si trasmettono facilmente dopo una durata di circa 14 giorni ai tendini estensori ed anche all'articolazione vicina. Esigono ancor maggior attenzione le flogosi dei tessuti periarticolari a livello della regione dorsale, le quali si trasmettono facilmente ai tendini, sebbene apparentemente sembrino una semplice screpolatura. Finalmente le suppurazioni gravi della faccia palmare che interessino le ossa, le articolazioni, le guaine tendinee.

Il punto di partenza di molte infezioni criptogenetiche si ha all'apice del dito, nella linea mediana, là ove termina l'unghia. Tale punto da molti pazienti affetti da carie della falangetta o da suppurazione delle guaine tendinee è indicato come il luogo di manifestazione del primo dolore. Prima una sensazione ottusa, poi una sensibilità alla pressione in questo luogo è il primo segnale d'una periostite della falangetta, quando gli altri sintomi mancano ancora. Le forme criptogenetiche delle suppurazioni ossee e tendovaginee tanto temute hanno origine esclusivamente dalla falangetta. Solo il precoce intervento può impedire che il processo progredisca da questo punto

sull'osso, sul tendine flessore che qui si inserisce e sulla guaina tendinea.

Anni addietro si curava il patereccio unicamente col coltello anche a danno della funzione. Negli ultimi anni si fecero tentativi con l'aumento artificiale delle forze difensive biologiche. Però il metodo dell'iperemia a causa delle difficoltà tecniche, che esigono una speciale competenza, non può essere consigliato nella pratica senza restrizioni.

La tendenza d'impedire il progresso delle suppurazioni tendovaginali con piccole incisioni e con contemporanei bagni caldi ed altri mezzi iperemizzanti è notevole: ma esige tale tecnica e tale sorveglianza costante, che anche un maestro della cura iperemica, come Klapp, consiglia l'asportazione delle parti necrotiche fino ai loro limiti: e non si accontenta di far agire l'iperemia dopo un semplice taglio.

Adoperando il coltello, deve però bastare un'operazione sola. Il bisogno di operazioni ripetute dimostra il dominio incompleto del bisturi o perchè si è inciso in un posto falso, o perchè non si è inciso abbastanza ampiamente.

Il medico pratico deve incidere abbondantemente divaricando bene i margini e sollevando i lembi dalla fascia, per liberare le vie lifatiche: e deve zaffare poi completamente. Solo dopo l'incisione si riesce a notare in molti casi, che era già attaccata la guaina tendinea od il tendine, e che la falange sottostante ha già perso il periosteo. L'A. trova giustificata e senza pericolo anche un'incisione esplorativa nella guaina tendinea, pure che ci si curi di stabilire il deflusso della secrezione tenendo aperta la ferita.

Il contegno della guaina tendinea nei riguardi dell'infezione è caratteristico. Forse sono agenti infettivi speciali quelli che causano la grave suppurazione tendovaginale giacchè mentre a volte a tegumenti integri si hanno gravi tendovaginiti, altre volte le guaine tendinee restano immuni dinanzi a gravi processi settici dei tessuti vicini e dinanzi alla necrosi del tendine.

Un'importanza speciale ha l'incisione generosa nelle flogosi sunnominate dell'apice del dito. L'A. consiglia un taglio trasverso, paralello all'unghia o fatto in tal guisa da lasciare questo punto sensibile senza cicatrici. In ogni modo l'incisione deve affondarsi fino al periosteo per impedire il progresso della suppurazione sull'osso e sul tendine.

I tagli sufficienti hanno due vantaggi: non prendendo in considerazione il poter medicare a più larghi intervalli, è possibile che il pericolo d'infezione e le necrosi siano scongiurati in 2-3 medicature permettendo di curarsi della mobilità delle altre dita senza prestar attenzione alla piaga non più settica. Si può passare presto alla cura alternata di bagni saponati e di soluzioni astringenti. L'emostasi preventiva è facile mediante una fasciatura applicata al dito od al braccio. Comprimendo al livello dell'avambraccio, viene prodotta la contrattura e la flessione delle dita che impedisce le operazioni. Con l'anestesia locale si sopprime il dolore. Ad onta che tali provvedimenti per un taglio abbondante siano semplicissimi, l'A. trova, che il medico esercente se ne serva di rado. L'A. preferisce all'anestesia per congelazione quella regionale con l'iniezione di novocaina ed adrenalina. Durante la medicatura si può attenuare il dolore cospargendo la superficie cruenta con cocaina.

Non solo i profani, ma anche i medici imputano alla lunghezza dell'incisione le retrazioni cicatriziali delle dita, che si formano così frequentemente dopo patereccì. Queste vengono causate dalla cicatrice dura, callosa, che sostituisce i tessuti distrutti dalla suppurazione. Tale fatto dipende esclusivamente dalla suppurazione e non dalla incisione. Le dita vengono incurvate tanto più, quanto più lunga e vasta fu la suppurazione prima dell'incisione. I più gravi incurvamenti a forma di uncino si osservano proprio dove la cicatrice del punto di rottura spontanea è quasi impercettibile. Le lunghe incisioni dell'operazione precoce delle tendovaginiti, dall'apice del dito alla palma della mano, nei casi in cui il tessuto cellulare circostante non era ancora distrutto dalla suppurazione, danno invece retrazioni cicatriziali minime. Queste, dopo le incisioni si formano solamente nei punti ove agì la suppurazione, mentre gli altri punti del taglio ne sono risparmiati. L'A. afferma che quanto più ampia è l'incisione tanto più rapida è la guarigione, tanto più precoce è il ripristino dei movimenti attivi, tanto più piccola è la consecutiva retrazione cicatriziale.

BLÜH.

MEDICINA.

Il problema della chinino-resistenza dei parassiti malarici.

(ERNST RODENWALDT. *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene,* n. 23-24, 1919).

L'A. indaga la genesi della resistenza alla profilassi e alla terapia chininica constatata su larga scala nell'epidemia malarica svoltasi fra le truppe austro-tedesche in Albania, in Macedonia e nella Tauride, resistenza che contrasta colle cognizioni ordinarie sulla malaria le quali insegnano che la malaria chininico resistente è rarissima (Kautsky, Werner, Nocht e Werner). L'A. si basa in massima parte su osservazioni di altri autori (Ruge, Becher, Fülleborn).

Escluse tutte le cause di mancata efficacia della

profilassi e cura dovute alle particolari condizioni di vita dei soldati (Zweig e Matko), alle cattive condizioni di assimilazione (epidemia di dissenteria (Ravaut, Remac, de Kerdrel, ecc.), a dosi di chinino insufficenti e somministrate irregolarmente (Ruge, Nocht, Zemann, Mühleus), rimangono secondo l'autore *due sole ipotesi* che si possono vagliare per tentare di risolvere il problema. Si deve cioè ammettere o *una diminuita sensibilità dell'organismo umano* o *una chininoresistenza acquisita o congenita del parassita.*

• *La risposta implica la conoscenza del modo in cui il chinino agisce.*

Passate in rivista e vagliate tutte le teorie e tutti i dati sperimentali che conosce in proposito (osservazioni sul ricambio chininico di Teichmann, Neuschloss, Lövenstein, Halberkann, Giemsa; studi sulla concentrazione del chinino nel sangue Plehn, Zila Hartmann, risultati delle ricerche di Lehnhof colla reazione della Talleiochina; osservazione delle cosidette forme da chinino di Ziemann, osservazioni a proposito dell'influenza del chinino sugli infusori di Binz, ecc.) l'A. ammette sostenibile la teoria di Morgenroth: *il chinino* propinato sia per bocca che per iniezione *si accumula negli eritrociti* per i quali ha un'affinità specifica *ed ha azione chemotassica negativa sui parassiti* che, costretti a vivere nel siero anche in quelle fasi in cui per natura sarebbero endoglobulari, periscono. I gameti che vivono nel siero resistono maggiormente. L'organismo in toto non reagisce secondo l'A. al chinino come reagisce p. e. alla morfina cocaina, ecc.

Ammessa la partecipazione dei globuli rossi quale fattore essenziale nella genesi della terapia chininica ed esclusa ogni altra reazione in toto da parte dell'organismo l'A. considera *l'ipotesi della diminuita sensibilità dell'organismo al chinino,* ponendosi il problema se la chininoresistenza possa essere fenomeno conseguente ad alterazioni patologiche degli eritrociti che ne diminuiscano la recettività per il chinino e conseguentemente l'azione chemotassica negativa sui parassiti. Il problema non può essere risolto in via assoluta perchè mancano completamente dati sperimentali.

L'A. crede di poterlo risolvere in senso negativo basandosi su dati clinico epidemiologici che sembrano escludere una chininoresistenza dovuta a condizioni speciali dell'organismo: non furono gli individui cachettici o anemici, non quelli nutriti peggio, non quelli chininizzati antecedentemente che si mostrarono più resistenti; ma i casi di malaria chininoresistente si osservarono sempre *a gruppi* in individui che soggiornavano nella stessa regione (Rodenwaldt).

Passa quindi a considerare la seconda ipotesi *la chininoresistenza aquisita o congenita* dei parassiti malarici.

È fatto d'importanza grandissima secondo l'A. determinare se la chininoresistenza sia una qualità acquista in circolo, nei singoli individui, da plasmodi comuni durante il piccolo ciclo o se sia un fattore congenito proprio a singoli stipiti di parassiti, in altre parole se nei casi di malaria chinino resistente l'uomo viene infettato con parassiti già di per se chininoresistenti o se i parassiti acquistano tale resistenza in seguito alla profilassi o cura chininica, e, ammettendo la possibilità d'una resistenza acquisita bisogna dimostrare se questa resistenza acquisita si trasmetta ai discendenti resistendo a tutte le trasformazioni che il parassita subisce durante il ciclo della riproduzione sessuale.

La teoria di Morgenroth non ammette nè esclude la chininoresistenza congenita di singoli stipiti, tenderebbe ad escludere una chininoresistenza aquisita (secondo M. il chinino agisce per chemotassi negativa non viene quindi nemmeno in contatto coi parassiti) è certamente insufficiente a risolvere il problema.

L'A. considera poi, premettendo però subito d'essere fautore dell'ipotesi che ammette l'esistenza di stipiti congenitamente chininoresistenti, tutti i dati pro e contro ambedue le ipotesi.

L'ipotesi della resistenza acquisita sorse sotto l'influenza dei risultati delle ricerche di Ehrlich sulla resistenza ai mezzi terapeutici artificialmente conferita a tripanosomi. Secondo l'A. anzitutto non è lecito riferire senz'altro per pura analogia, i risultati ottenuti sui tripanosomi ai plasmodi malarici, in secondo luogo i risultati degli esperimenti di Ehrlich hanno perduto in gran parte la loro importanza specialmente nei riguardi epidemiologici, dopocchè fu dimostrato che la resistenza conferita artificialmente *cessa dopo l'interposizione di un ciclo sessuale.*

Quindi anche ammettendo su basi di pura analogia una resistenza acquisita dei plasmodi malarici, si tratterebbe di una resistenza assai labile, che cesserebbe dopo poche sporulazioni al primo ciclo sessuale e non produrrebbe quindi in nessun caso delle mutazioni durature in uno stipite. Manca ogni base per ammettere l'ipotesi che una terapia chininica insufficiente possa creare una fase favorevole alla formazione di mutanti, di alterazioni genotipiche ereditarie che renderebbe gli stipiti discendenti più resistenti; manca ogni base per ammettere un'eventuale mutazione negli insetti; e *contro l'ipotesi della chininoresistenza acquisita ereditaria* sta la legge biologica generale sull'ereditarietà delle qualità acquisite, ma sopratutto stanno le osservazioni epidemologiche che constatano l'esistenza di ma-

laria chininoresistente *in date regioni e non in altre,* fatto che non si spiega menomamente coll'ipotesi di una chininoresistenza acquisita.

Quindi non resta, secondo l'A., che l'ultima ipotesi, che oltre ad essere consona colle leggi biologiche spiega la diffusione epidemologica di malaria chininoresistente in date regioni: l'A. ammette cioè l'esistenza di stipiti di parassiti speciali diversi dai comuni, identici per forma nel maggior numero dei casi, che possono però anche presentare delle variazioni morfologiche (aumento di cromatina negli stadi iniziali, Ziemann) *resistenti per qualità congenita* alle dosi non altissime di chinino. La profilassi e la terapia chininica irregolari, insufficienti, non prolungate distruggono i parassiti comuni, mentre gli stipiti chininoresistenti si selezionano per prevalenza degli omozigoti con recettività diminuita rispetto al chinino.

Con quest'ipotesi si spiega perchè le forme chininoresistenti prevalgono nei paesi balcanici, dove la cura e profilassi chininica era praticata prima della guerra con dosi di chinino insufficienti, sono invece rare nei tropici dove il chinino è rimedio sconosciuto e in Italia dove la cura prolungata con dosi generose termina coll'aver ragione anche degli stipiti chininoresistenti. Questa però è semplicemente un'ipotesi la cui conferma deve essere data da lavoro d'indagine clinico e microscopico metodico e paziente.

barz.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

(Seduta 4 marzo 1920).

Sull'encefalite letargica.

Prof. L. ZOJA. — Si propone di indagare, se possibile, la sede e la natura delle alterazioni, la causa stessa della così detta encefalite letargica, avendone a guida i sintomi. Oltre ai fenomeni che chiaramente indicano che essa è una malattia infettiva (prodromi, febbre a carattere vario), la comparsa, scomparsa, ricomparsa e variabilità di alcuni dei sintomi (paresi facciale, paresi dell'elevatore della palpebra e di muscoli oculari) fa pensare che essi si debbano più che a localizzazioni del virus a fenomeni tossici, determinati a distanza da questo.

Mentre i fenomeni che si osservano spesso per vari giorni all'inizio della malattia (eccitazione psichica, legorrea, insonnia) fanno pensare a una compartecipazione della corteccia cerebrale, altri fenomeni di solito successivi chiamano l'attenzione sul mesencefalo (fenomeni oculari p. e., sonnolenza, turbe del respiro).

I fenomeni dell'eccitamento motore sono i più vari: dal tremore e dalle contrazioni muscolari, a quelle fascicolari, alle vere e proprie colonie, a movimenti coreici, ad accessi epilettiformi a tipo jaksoniano, a forme toniche e catatoniche; la loro localizzazione può essere posta lungo tutto il fascio piramidale dalla corteccia fino alla regione bulbare e sottotalamica e fino alle corna grigie anteriori. Così i fenomeni di paresi.

Per quanto riguarda la rigidità pupillare alla luce si possono ricordare le ipotesi che furono emesse per questo stesso fenomeno nella sifilide, e tra di esse quella che riguarda la compartecipazione del ganglio ciliare.

Dall'esame del modo di presentarsi della epidemia (assenza del contagio; in persone che hanno e non hanno avuto influenza; in persone in cui casi di influenza non vi sono; rarità di complicazioni bronco-polmonari e bronchiali, ecc.) la dimostrazione della identità della cosidetta encefalite letargica con l'influenza non sembra ancora data, sebbene alcuni reperti (come la costanza di fatti catarrali delle prime vie respiratorie, la positività della cuti-reazione e della intradermoreazione nei malati sì dell'una che dell'altra forma, di cui riferirà Gasbarrini) siano veramente suggestive.

Prof. A. MONTI descrive i reperti anatomici osservati in sei casi di encefalite letargica: iperemia più notevole alla sostanza grigia cerebrale, e prevalente alla base, al midollo allungato, al ponte, ai peduncoli cerebrali, all'acquedotto di Silvio, talvolta anche al nucleo lenticolare ed alla capsula esterna: microscopiche emorragie perivasali, infiltrazioni parvicellulari perivasali, talora con elementi granulosi e pigmentiferi, alterazioni delle cellule nervose probabilmente secondarie; fatti degenerativi abbastanza diffusi negli endoteli vasali. Tutte le inoculazioni negli animali con sostanza nervosa riuscirono negative, come sterili rimasero le colture. I muscoli dimostrano proliferazioni dei nuclei del sarcolemma ed altre lesioni probabilmente di origine tossica.

All'apparecchio respiratorio piccole ecchimosi sottopleuriche, piccole emorragie intralveolari, talvolta minuti focolai broncopneumonici, ipostasi notevole. Questi focolai dimostrarono pneumococchi e talora streptococchi.

Il sistema digerente rivelò piccole emorragie sottomucose intestinali, lieve tumefazione delle placche di Payer. Non mancarono mai le alterazioni delle capsule surrenali e dei reni, con iperemie e versamenti albuminosi nei glomeruli, congestione imponente della sostanza midollare; rari cilindri.

Accenna all'esame clinico di diversi malati dell'epidemia presente, e facendo il confronto con altri casi osservati negli ospedali militari del 1918 durante l'acme dell'epidemia influenzale, riafferma l'identità dei sintomi clinici e dei reperti anatomici, e conclude che l'encefalite letargica non è una malattia nuova, non è una entità patologica propria, ma è soltanto una sindrome clinica dell'influenza.

Prof. E. VERATTI, dopo aver accennato ai risultati negativi delle inoculazioni in diversi animali con materiali presi dal vivo e dal cadavere in casi di encefalite letargica, a quelli pure negativi delle culture tentate con diversi espedienti ed ai risultati incostanti, dubbî e contradditorî delle prove di agglutinazione col siero degli encefalitici su alcuni ceppi di bacillo di Pfeiffer provenienti dai Laboratori della Direzione Generale di Sanità e su un ceppo «tipo Pfeiffer» da lui isolato mediante puntura del polmone di un individuo affetto da bronco-polmonite influenzale, espone brevemente, corredandoli colla dimostrazione di alcuni preparati, i reperti istopatologici degli organi nervosi centrali di 5 casi di encefalite letargica, venuti a morte nella Clinica Medica e nell'Istituto di Patologia Medica e sezionati nell'Istituto Anatomo-patologico dell'Università di Pavia.

In tutti i casi ha rilevato nella corteccia cerebrale e nel cervelletto, molto diffusa, una alterazione dei vasi caratterizzata dalla presenza di goccioline colorabili col Sudan III nelle cellule avventiziali. Queste goccioline, mediante la colorazione col solfato di Nilblau e l'applicazione del metodo di Ciaccio rsultarono in parte costituite da grasso neutro ed in parte da sostanze ascrivibili al gruppo dei lipoidi. Nelle stesse cellule esistono anche dei granuli non colorabili col Sudan e che si mettono in evidenza coi colori basici, pei quali hanno spiccata attività.

Elementi simili furono descritti in molte malattie dell'uomo e degli animali e Ciaccio riuscì anche a provocarne sperimentalmente la comparsa in condizioni sperimentali.

Nei peduncoli cerebrali, ponte e bulbo, osservò la presenza attorno ai vasi (capillari e piccole vene) di un essudato a manicotto costituito da linfociti, Plasmazellen ed istiociti in diverse fasi evolutive. Nel Locus Niger, dove in un caso la lesione vasale era molto accentuata, frammezzo alle cellule dell'essudato si notavano numerose cellule cariche di pigmento bruno. Di frequente i vasi, così alterati, erano circondati da una infiltrazione emorragica, di solito di limitata estensione, e coi caratteri che sogliono presentare le lesioni di questo genere, quando sono avvenute nelle ultime ore della vita.

In un caso osservò un focolaio di infiammanella radice dell'8° al suo punto di evergenza; zione con essudato di linfociti e Plasmazellen in altro caso un focolaio limitatissimo sottomeningeo nel midollo dorsale appena all'interno della linea di evergenza delle radici anteriori; questo focolaio, a differenza di quelli del bulbo, conteneva molte cellule di Gluge.

L'A. si riserva di riferire ulteriormente sulle eventuali fini alterazioni delle cellule nervose, dall'esistenza delle quali si potrebbe ravvisare un indizio nella presenza di lipoidi nelle cellule avventiziali della corteccia e di cellule cariche di pigmento lungo i vasi nel Locus niger.

Proff. A. GASBARRINI e A. DA GRADI. — Gli OO. riferiscono succintamente i risultati di esami d'ordine urologico, emato-siero-batteriologico e di ricerche sperimentali eseguite sugli encefalitici accolti nella clinica medica di Pavia.

Mentre la ricerca di microorganismi patogeni sia sul sangue, sia sul liquido cefalorachidiano, praticata direttamente o indirettamente con iniezione di tali liquidi in diversi animali, riuscì negativa, fatto di non lieve importanza fu la cuti e la intradermoreazione positiva in tutti gli ammalati di encefalite di fronte ad un vaccino influenzale, reperto constatato parimenti in casi di broncopolmonite da influenza.

Quanto alla terapia, tra i vari mezzi impiegati quello che sembra loro aver meglio corrisposto, con risultati veramente incoraggianti, fu l'iniezione endovenosa di neo-jacol alla dose di 15 ctg.

Dr. G. RIGOBELLO. — L'O. riferisce ricerche compiute assieme al Dr. Pepeu, nel gennaio, su venti encefalitici dell'Ospedale militare di Trieste, clinicamente accertati dal prof. Pastrovich e nei casi anatomo-patologici dal pro-settore Ferrari.

In cinque isolò dal sangue e da due liquidi cefalo-rachidiani un diplococco piccolo, non capsulato, extracellulare negli esami diretti del liquido rachidiano, incerto rispetto al Gram, sviluppatosi da emoculture in bile su terreno di Endo in tre casi, intorbidava brodo lattosato in due, ottenuto dal liquido rachidiano in brodo lattosato in due, dava debole sviluppo di gas, non fermentava il maltosio e la mannite. Non cresceva su-agar sangue-ascite, non fluidificava la gelatina. Agglutinava siero degli ammalati stessi in due casi. Non probative esperienze su animali.

VERATTI risponde (al prof. Monti) colla precisa affermazione che i fatti da lui osservati e consistenti nella presenza di cellule cariche di goccioline di grasso e di lipoidi e di pigmento bruno nelle avventizie dei vasi non hanno alcuna relazione coi noti reperti, che furono interpretati come manifestazioni di una attività fagocitaria di certi elementi del sistema nervoso sulle cellule nervose, e sui quali è stata fondata la dottrina della neuronofagia.

VERATTI domanda (al dr. Rigobello) se furono messi in pratica i mezzi, di cui la tecnica batte-

riologica dispone per accertare almeno i ceppi isolati e che furono indicati col nome poco precisi di diplo-streptococchi appartengano alla famiglia degli streptococchi, oppure a quella dei diplococchi pneumonici, oppure se sono estranei a entrambe le famiglie.

Il MORELLI dice di avere l'impressione che in questi ultimi tempi la forma morbosa sia divenuta più benigna e che la mortalità sia diminuita notevolmente. Accenna ad un caso di encefalite (la cui diagnosi fu accertata da fatti paretici tardivi nel campo del facciale e dell'oculomotore) in cui il decorso fu talmente benigno da riuscire quasi impossibile la diagnosi: ciò fa pensare che molte forme possano passare inosservate.

Il fatto della benignità ha importanza anche pei concetti terapeutici, poichè si potrebbe attribuire al medicamento quanto alla benignità stessa è dovuto.

Accenna a forme encefalitiche con inizio del tutto apiretico e con lucidezza mentale completa: talvolta il malato può in poche ore passare da delirio acuto a psiche integra.

Accenna anche a un caso in cui alla forma encefalitica si accompagnava un doppio herpes zoster intercostale: il fatto può avere una certa importanza, dato che alcun tempo fa si ebbero casi di herpes zoster così numerosi da far pensare a forma infettiva.

Il prof. ZOJA si compiace della conclusione del prof. Monti, esservi nella encefalite letargica fenomeni anatomo-patologici di natura tossica. Desidererebbe avere dalla anatomia patologica la dimostrazione della localizzazione precisa della causa di alcuni fenomeni ben definiti presentati dai malati venuti a morte (paresi dell'elevatore della palpebra, di alcuni muscoli innervati dal III, dal IV, dal VI; paresi di una metà della lingua; clonie in determinati gruppi di muscoli).

Rileva la rarità delle forme bronco-polmonari negli encefalitici, rileva che i fatti emorragici constatati dall'anatomopatologo devono considerarsi in rapporto alla fine avvenuta e che nei sopravvissuti durante la malattia ben di rado si ebbe qualche lievissimo fatto bronchiale.

Insiste sul fatto che nel 1918-19 tra i moltissimi influenzati, se qualche forma nervosa vi fu, mai furono osservati, p. e., le clonie che sono presenti nella maggioranza degli encefalitici.

I risultati positivi della cuti- e intradermoreazione con ceppi di bacillo di Pfeiffer negli encefalitici e influenzati avrebbero valore decisivo solo se il bacillo di Pfeiffer realmente si dovesse ritenere essere il germe causale dell'influenza. Per tutto ciò gli sembra ancora non dimostrato in modo assoluto che la cosidetta encefalite letargica sia una forma di influenza.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA

CASISTICA E TERAPIA.

Porpora traumatica.

Guy, nella *Wien. Kl. Woch.*, XXXII, f. 49 arricchisce di altri due casi la letteratura sulla porpora traumatica, nota quasi esclusivamente sotto forma di porpora senile. Per la diminuita resistenza delle pareti vasali l'aumento di pressione sanguigna e la stasi venosa che hanno luogo nelle differenti funzioni fisiologiche, possono condurre ad emorragie cutanee. Una lacerabilità aumentata bisogna ammettere pure nei due casi riportati dall'autore:

Nel primo si tratta d'una ragazza di 18 anni, la quale dopo un unico violento sforzo di vomito presentò una tumefazione edematosa bluastra pallida del viso con numerose petecchie della grandezza d'un grano di miglio, sulla fronte e le guancie lasciando libera soltanto la regione intorno alla bocca ed il mento. Suffusioni si ebbero pure alla congiuntiva d'ambo gli occhi, mentre la mucosa della bocca rimase integra. Nel secondo caso, una donna affetta di lue latente fu colpita, per l'intervallo troppo lungo tra due iniezioni di latte, da un shock anafilattico con fortissimo aumento del volume polmonare e cianosi a tutto il corpo. Ancora durante il shock insorse una tumefazione del viso, seguita il giorno dopo da numerose emorragie cutanee ad ambo le braccia, alle spalle ed al petto.

L'Autore fa poi rilevare ancora una volta come un trauma unico non ripetuto abbia potuto ledere non solo i vasi sanguigni ma pure i linfatici, come risulta chiaramente dalla tumefazione edematosa del viso. Si ha del resto, campo di osservare spesso suffusioni subcongiuntivali dopo colpi di tosse e sforzi di vomito, nei bambini affetti da pertosse.

M. P.

Sui rapporti tra splenomegalie croniche e sifilitiche.

Per analogia con il fatto che l'infezione sifilitica può essere causa di numerose epatiti, e, tenuto conto della frequenza di risentimenti splenici nella sifilide infantile, P. E. Weil. (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 7 febb. 1919) ha ricercato la reazione di Wassermann nelle splenomegalie croniche primitive.

Risulta dalle osservazioni dell'A. che la reazione di Wassermann è spesso positiva (58 %) nelle splenomegalie croniche primitive. Tale fatto non sarebbe da attribuirsi a infezione sifilitica acquisita od ereditaria, tanto più che il trattamento antisifilitico non solo non modifica nè la splenomegalia nè la reazione, ma aggrava anzi lo stato generale del malato.

Non ci si deve quindi fondare su tale reazione per attribuire la splenomegalia cronica alla sifilide; può darsi che la positività della reazione sia da attribuirsi ad un parassita sconosciuto.

Il lavoro costituisce un contributo allo studio della malattia di Banti. *l. b.*

I risultati della splenectomia nelle anemie.

W. J. Mayo (*Am. surgical Association*, 16-18 giugno 1919) ha tentato la splenectomia in tre tipi di anemia.

Nell'*anemia splenica*, che può essere definita come splenomegalia fibrosa con notevole endoflebite, ed anemia secondaria, (la malattia di Banti sarebbe solo una fase tardiva di alcuni casi di tale anemia) ha avuto circa il 12 % di morti fra gli splenectomizzati.

Nell'*anemia perniciosa*, la splenectomia non sembra fondata su basi solide; e, sebbene si possa ritenere come un notevole palliativo, non si può considerare come mezzo di cura. L'A. ha avuto il 6 % di morti.

Ottimi risultati ha invece ottenuto l'A. nell'*ittero emolitico*, in cui l'anemia risultante è la causa di morte. I tratti caratteristici della malattia sono l'ingrossamento della milza, l'itterizia cronica con esacerbazioni, le feci normalmente colorate, l'assenza di bile nelle urine. Nella maggior parte dei casi si trovano calcoli ed infezioni delle vie biliari. Sopra 27 splenectomie per ittero emolitico, l'A. ha avuto un solo caso di morte, in un individuo operato durante un'esacerbazione acuta. *l. b.*

Sulla splenectomia nell'anemia perniciosa.

I numerosi casi pubblicati finora da Hirschfeld, Kohan, Eppinger, Decastello ed altri fanno rilevare un ritorno del quadro ematologico al tipo normo cromatico solo temporaneamente, subito dopo l'intervento. Due soli casi, riferiti da Mone e Klemperer presentano un miglioramento duraturo tanto per ciò che riguarda le alterazioni numeriche che le qualitative degli eritrociti Specyler, nella *Wien. Klin. Woch.* (n. 4, 1920), arricchisce ora la letteratura d'un terzo caso, eccezionale per l'inatteso successo. Si tratta d'una donna, splenectomizzata nel 1914 da Iesic per anemia perniciosa, dimessa 8 mesi dopo l'operazione in condizioni generali molto migliorate (aumento del peso da 48 a 60 kg. sebbene si avesse rinunziato a qualsiasi cura medicamentosa); il sangue presentava ancora nettamente il carattere tipico dell'anemia di Biermer: eritrociti 1,120.000, leucociti 4000, emoglobina 35, val. globulare 1,5. Il numero delle piastrine era fortemente diminuito; rilevante poi leucocitosi e policromasia, numerosi megalotici, rari eritroblasti. Perduta poi di vista, l'ammalata si ripresentò dopo 5 anni e mezzo. Nonostante le privazioni ed i patemi imposti dalla guerra ed il climaterio appena superato, l'inferma ostentava uno stato di salute florido. Il peso da 2 anni stava costantemente a 56 kg. Il numero degli eritrociti ammontava a 5,400.000, dei leucociti a 12.800 (la leucocitosi, reperto costante dopo la splenectomia anche nelle ricerche sperimentali, persisterebbe per lungo tempo dopo l'intervento); 230,000 piastrine di Bizzozero; emoglobina 80; val. globulare 0,8. Linfocitosi assoluta. Mancavano anisocitosi, poichilocitosi e policromasia. Rari corpuscoli di Jolly. L'assenza d'un processo emolitico veniva confermato nel caso descritto dal mancato aumento di urobilinogeno nelle feci (Salomon negativa).

L'autore considera il suo, come il primo caso di anemia perniciosa completamente guarita con la splenectomia. M. P.

Sieroterapia nell'emorragia.

Non sono poche le contingenze in cui il paziente sembra dover soccombere per un'emorragia dovuta a discrasia sanguigna o ad una lesione inaccessibile alle pratiche emostatiche usuali.

L'essenziale, in tali casi, è di poter provocare rapidamente modificazioni della vasomotricità o della pressione sanguigna oppure di poter aumentare la coagulabilità del sangue. Si consigliano quindi iniezioni di ergotina, di pituitrina, emetina, adrenalina, ingestione di cloruro di calcio, iniezioni di siero di cavallo (siero antidifterico), ecc.

Dufour e Le Hello (*Presse méd.*, 1 ottobre 1919) pure ammettendo l'arresto di emorragie per iniezione di siero di cavallo, dimostrano che esse raramente provocano modificazioni rapide del fenomeno della coagulabilità, che talora viene anzi ritardata.

Ogni sostanza eterogenea iniettata nel sangue, (specialmente i sieri eterogenei, i peptoni) può modificare la coagulazione.

L'importante però è di produrre nel sangue del soggetto una reazione umorale rapida, che ne modifichi la coagulabilità aumentandola. Trattasi cioè di ottenere con una certa costanza e regolarità un vero *ictus* serico.

Tale scopo è stato raggiunto dagli Aa. con iniezioni endovenose in conigli di piccolissime dosi di siero di cavallo, dopo 21 giorni di trattamento si salassarono gli animali raccogliendone il siero, che negli individui a cui si inietta, determina quasi immediatamente l'ipercoagulabilità permettendo di arrestare numerose emorragie.

Gli Aa. riportano diversi casi di emorragie

gravi e ribelli arrestate con l'uso di detto siero, che ha inoltre il vantaggio di determinare solo molto di rado accidenti serici. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1113) *Triangolo paravertebrale di Grocco.* Al dott. J. Astray da Nyo (Spagna):

Il triangolo di Grocco consiste in un'area triangolare di ottusità relativa rilevavabile sulla parte posteriore del torace dalla parte opposta a quella del versamento (triangolo paravertebrale opposto). Il lato interno di questo triangolo è rappresentato dalla linea delle apofisi spinose, il lato inferiore dal confine inferiore dell'area di risonanza toracica in un tratto oscillante fra i 3 ed i 6 centimetri, il lato esterno da una linea obliquamente ascendente che si unisce ad un angolo acuto con la linea mediana verso l'estremo superiore del livello dell'essudato. In detta area l'ipofonesi è tanto maggiore quanto più si percuote verso la linea mediana e verso la base, che cresce in larghezza quanto maggiore è la copia del liquido endopleurico.

Tale triangolo di ottusità relativa subisce modificazioni di estensione e di grado coi vari decubiti e col variare della quantità di liquido, colla sua estrazione mediante la toraceutesi e col riformarsi dell'essudato dopo la medesima. In tale area l'attenta ascoltazione fa rilevare una relativa diminuzione del murnure vescicolare.

L'esperienza di molti anni (dal 902 ad oggi) ha dimostrato che il triangolo paravertebrale di Grocco ha sicura importanza diagnostica per la diagnosi di raccolta pleurica discretamente copiosa (specie destra), e un valore diagnostico differenziale nel giudizio tra versamento pleurico e addensamento polmonare (polmonite, tumori, ecc.), fra versamento pleurico e versamento saccato, fra pleurite essudativa e pleurite plastica.

Sulla patogenesi del sintoma molto si è discusso: pare più accetta la prima opinione dell'A. che lo spostamento della sacca pleurica determini uno spostamento e quindi la compressione del polmone alla base opposta. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

J. SCHÄFFER. *Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten.* Quarta edizione, Urban e Schwarzenberg, Vienna, 1919. Mk. 22.

Un libro che, come questo, ha raggiunto la quarta edizione in quattro anni (e che anni!) si raccomanda da sè.

Purtroppo la cultura dermatologica del medico pratico, assai scarsa fra noi nel campo della diagnostica e della patologia, è pressochè nulla per quanto riguarda la terapia. Molto potrà perciò giovare anche ai non specialisti questo manuale, che (in confronto all'unico del genere sin qui esistente, l'Audry, Nicolas e Durand) presenta, oltre alla maggiore modernità e perfezione dei metodi, uno speciale riguardo alla tecnica terapeutica generale e particolare.

Il volume, di circa 500 pagine, ha 90 illustrazioni, la più parte dedicate appunto a spiegare le manualità tecniche della terapia specializzata; e vi son trattati anche i più recenti metodi e rimedi (sole d'alta montagna, vaccini, mesotorio, ecc.), oltre a questioni collaterali di somma importanza (matrimonio dei sifilitici, profilassi personale, interpretazione della Wassermann, ecc.).

Tanto più ingiustificate, di fronte ad una trattazione così erudita e moderna, appaiono le pochissime inesattezze o lacune che una lettura, anche rapida, rivela. Valga per tutte la pretermissione completa dell'unico metodo sicuramente efficace e razionale di terapia delle ulceri semplici contagiose: la causticazione con soluzione satura di cloruro di zinco, che sostituisce, se ben fatta, tutta la coorte dei rimedi dallo Schäffer elencati e proposti (acido fenico, solfato di rame, iodoformio, eurofene, airolo, ecc. ecc.).

La consultazione di questo libro, utile per lo specialista, potrà rappresentare un'incalcolabile risorsa ed un'economia di tempo e di ricerche per il medico pratico; il quale vi troverà con tutta agevolezza nozioni che difficilmente potrebbe procurarsi altrove. RUSCA.

KHOURI JOSEPH. *Essai d'urologie pathologique des pays chauds.* Un vol. in-8 di 180 pag. (J. B. Baillière et Fils ed. Parigi). Prezzo fr. 6.

L'A. ha raccolto i reperti urologici, che sono stati riscontrati nelle diverse malattie dei paesi caldi, molte delle quali (peste, colera, febbre di Malta, malaria, ecc.) si possono osservare anche da noi.

Le indicazioni bibliografiche abbastanza copiose, permettono di poter completare le nozioni accennate, consultando i lavori originali.

La seconda parte è dedicata alla ricerca e dosamento dei principali medicamenti che si usano frequentemente nella cura di tali affezioni. *l. b.*

ERCOLE SERRA. *Le ferite d'arma da fuoco dell'apparato urinario.* Tip. Derelitti. Genova, 1918.

In questo libro l'A., premesse delle considerazioni generali sull'azione delle moderne armi da fuoco, illustra sistematicamente sulla scorta della propria e della più recente casistica, le lesioni da esse prodotte a carico delle varie sezioni dell'apparato urinario.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione statale contro le malattie.* La libertà sussidiata.

Per l'organizzazione delle assicurazioni statali contro le malattie possono seguirsi due metodi.

Uno di essi lascia libera l'adesione alla volontà degli assicurandi nella forma che questi reputano più adatta ai loro interessi particolari: l'intervento dello Stato si limita a partecipare alle spese (p. es. sostenere quelle d'impianto, concorrere in quelle amministrative, assegnare contributi d'incoraggiamento, ecc.), ad offrire delle garanzie (fronteggiare i casi d'insolvenza o di ritardo nelle liquidazioni), a concedere dei vantaggi speciali (p. es. favorire la federazione di società mutue e la riassicurazione, in modo che le società troppo deboli possano sostenersi a vicenda); ecc.

Naturalmente tutto ciò « sub conditione » di certi requisiti e di determinate norme amministrative.

Questa forma di assicurazione libera, detta *sussidiata* o *integrata* (più semplicemente si parla anche di *libertà sussidiata*), vige in quasi tutti i paesi nei quali manca la forma obbligatoria: Francia, Belgio, Danimarca, Svezia, ecc.

Per esempio nel Belgio lo Stato assegna alle società mutue il 60 % delle quote versate dagli iscritti; nella Danimarca 2 corone all'anno per ogni socio; e così via. Nella Svizzera l'assicurazione libera è pure sussidiata dallo Stato; ma i Cantoni hanno facoltà di istituire l'obbligatorietà, in seguito a referendum, limitandola ad alcuni mestieri o professioni o classi, od anche estendendola alla generalità.

***

Tra i paesi europei più progrediti l'Italia fa l'unica eccezione in questo campo (come osservano Warren e Sydenstricker), certo non brillante.

Difatti lo Stato italiano si disinteressa completamente dell'assicurazione contro le malattie salvo per i propri impiegati. Esso si limita, con la legge del 1886, al riconoscimento giuridico delle società di mutuo soccorso tra gli operai; ma queste mutue sono prive di qualsiasi finanziamento da parte dei poteri pubblici.

Il congresso della Confederazione generale del lavoro tenuto a Modena nel 1908, su relazione Cabrini-Chiesa, domandò i sussidi integratori dello Stato per le società mutue, come soluzione provvisoria e in attesa di passare all'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie; intanto proponeva che si rendesse obbligatoria l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.

Un progetto concreto per l'organizzazione degli aiuti alla previdenza libera e per l'incoraggiamento delle mutue da parte dello Stato, venne elaborato nell'anno successivo, dal Consiglio della previdenza e delle assicurazioni sociali, relatore Gobbi.

Lo Stato avrebbe costituito un fondo nazionale per promuovere e garentire l'assicurazione mutua contro le malattie degli operai, alimentandolo con un contributo di 2 milioni all'anno; avrebbe versato un premio di L. 5 all'anno per ogni iscritto; avrebbe pagato delle sovvenzioni per le malattie croniche, nella misura di 50 cent. al giorno; ecc. L'azione delle mutue veniva coordinata con quella della Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e per la vecchiaia degli operai, la quale avrebbe acquistato la funzione d'Istituto centrale per l'assicurazione contro le malattie: passo notevole verso l'obbligatorietà; le mutue avrebbero dovuto trasmettere i loro consuntivi alla Cassa nazionale e avrebbero funzionato da agenzie della Cassa stessa. Venivano previste le unioni o federazioni delle mutue. Il progetto proponeva anche di sopprimere la limitazione alle sole società operaie del riconoscimento giuridico e quindi della tutela legale, stabilito dalla legge 1886, nonchè delle provvidenze da attuare: si faceva così un passo anche verso l'universalizzazione.

Nell'insieme, questo ottimo progetto era disposto in modo che potesse valere più tardi per l'assicurazione obbligatoria, alla quale il Consiglio si dichiarava favorevole.

È da deplorare che nessuno dei Governi avvicendatisi da allora al potere, si sia mai deciso a presentare una legge secondo queste direttive.

***

La forma volontaria di assicurazione, per quanto sussidiata, non si dimostra idonea a far conseguire risultati molto estesi; difatti la grandissima maggioranza degli individui si mantiene estranea alla previdenza, perchè ne disconosce i vantaggi, o perchè rinunzia di partito preso a benefizi che giudica troppo remoti nel tempo, o perchè non è capace di organizzarsi in forme collettive, o per apatia.

Malgrado il concorso dello Stato, i buoni risultati non vengono: l'esperienza dimostra che scarsissime restano le iscrizioni. Questa verità

(*) Vedi questo periodico, 1919, pag. 1469.

NOTIZIE DIVERSE.

I congressi di Monaco.

Hanno avuto luogo dal 15 al 26 aprile con un largo intervento di congressisti provenienti da tutti i paesi alleati. I lavori si sono svolti nel grandioso Museo oceanografico.

Alla seduta inaugurale dette un cordiale benvenuto il principe di Monaco. Seguirono il professore Bardet, segretario generale, il prof. Sanarelli, rappresentante del Governo italiano, il prof. Le Dentu, rappresentante del Governo francese, il prof. Terwagne per il governo belga e altri delegati dei Governi alleati.

Tra le moltissime relazioni e comunicazioni d'interesse scientifico e pratico ci limitiamo a segnalare le seguenti: Martel e Guerin, sulla protezione delle sorgenti; Poirot-Depech e Jonaust, sull'insegnamento dell'idrologia medica; Armand-Delille, sull'elioterapia preventiva; Maragliano D. e Andrieu, sul trattamento talassoterapico della tubercolosi polmonare al mare; Gaulier, sulla costruzione e sull'ordinamento degli stabilimenti di cura; molte relazioni sull'igiene delle città d'acqua e climatiche; ecc.

Vennero formulati vari voti, da presentare ai Governi e alle amministrazioni comunali di città d'acque e climatiche.

Le ultime due sedute del Congresso di talassoterapia e la seduta di chiusura dei congressi ebbero luogo a S. Remo, quale attestato di deferenza all'Italia.

Per gl'invalidi di guerra.

Oltre al trattamento di pensione assicurato dalle leggi vigenti, efficaci provvedimenti per le conseguenze della guerra a favore dei grandi invalidi, dei tubercolosi in stato più grave, delle vedove povere con numerosi figliuoli, furono presi dal Ministro del tesoro in pieno accordo con quello delle finanze colla istituzione di un fondo speciale, amministrato dal Ministero del tesoro, alimentato, fra altri proventi, da una lieve addizionale sulle imposte dirette e sul gettito delle imposte straordinarie per i profitti di guerra e per gli aumenti di patrimonio derivanti dalla guerra.

Inoltre per combattere gli effetti della malaria aggravatisi dopo la guerra, per dar conforto ai fanciulli malarici, con speciale riguardo a quelli delle terre liberate o redente, furono presi accordi fra il Ministro del tesoro il senatore Ciraolo, presidente della Croce rossa, e la Direzione generale della pubblica sanità per intensificare con nuovi mezzi finanziari la provvida azione che già esercita la Croce rossa italiana.

Onoranze al prof. Pagliani.

Sotto gli auspici di un Comitato d'onore costituito da tutti i professori d'igiene del Regno, si è costituito in Torino un Comitato esecutivo presieduto dal prof. Abba, per promuovere onoranze al prof. Luigi Pagliani, direttore dell'Istituto d'igiene della R. Università, in occasione del suo 50° anniversario di laurea e della sua uscita, per legge, dall'insegnamento fra tre anni.

Il prof. Pagliani è il decano dei professori d'igiene, l'introduttore di questa scienza nell'insegnamento dimostrativo; fu il primo direttore della sanità pubblica e l'organizzatore dei servizi sanitari del Regno, centrali e locali, preparando all'uopo leggi, regolamenti, personale, laboratori, istituti profilattici e quanto occorse per debellare malattie contagiose inveterate, impedire ad altre di invadere il Paese, e quindi diminuire la mortalità e la morbilità generale con inestimabile vantaggio dell'economia pubblica e privata.

Un'opera così benefica e duratura meritava un ricordo benefico e duraturo, e per ciò il Comitato esecutivo si è proposto di raccogliere un fondo per creare un'istituzione al prof. Pagliani intitolata, allo scopo di premiare ogni anno, fra gli addetti ai servizi igienici, coloro che più si saranno distinti nell'opera del miglioramento sanitario delle località sottoposte alla loro vigilanza.

Venne quindi aperta una sottoscrizione tra amici, estimatori, ammiratori, colleghi, compagni, allievi e discepoli dell'illustre uomo, già bene avviata, di cui si renderà pubblica ragione, per la raccolta della somma necessaria.

Coloro i quali intendono parteciparvi, possono inviare il loro contributo al prof. Paolo Desderi, via Bidone 37, Torino.

Scioperetto di medici in Inghilterra e sue conseguenze

Il «Daily Chronicle» di Londra annunziava che nove medici incaricati dell'assistenza degli operai a Ebbe Yale hanno cessato il lavoro dopo un preavviso di 12 ore.

In seguito a questa decisione 12.000 operai metallurgici si sono rifiutati di prendere lavoro, perchè in caso di incidenti essi sarebbero rimasti privi di cure mediche.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 17 maggio 1920 Fasc. 20.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEI PELLEGRINI DI NAPOLI.

Contributo alla dottrina dell'afasia.

Prof. FRANCESCO SORRENTINO, direttore, libero docente di traumatologia, di patologia e clinica chirurgica nella R. Università di Napoli.

Venne ammesso all'ospedale dei Pellegrini, il giorno 17 settembre 1919, un contadino, a nome Pietro Vortolino, da Napoli, di anni 30, ammogliato, con 4 figli viventi e sani, il quale, il giorno innanzi, era stato colpito con un grosso randello alla regione parietale di sinistra. Appresi dalla famiglia, che appena leso era caduto a terra, perdendo la coscienza.

Si riebbe dopo 24 ore, ma presentava paralisi degli arti di destra e del facciale di destra e non potea pronunziare nessuna parola, ed in tali condizioni fu accettato nell'ospedale.

L'esame della regione traumatizzata mostrava i comuni tegumenti integri, ma si notava un infossamento di essa.

Vi era abbastanza per un pronto intervento che presto eseguii, previe le ordinarie cautele asettiche.

Narcosi morfo-cloroformica.

Rinvenni frattura del parietale per un'estensione di 10 cm. nel senso antero-posteriore e 8 nel senso verticale, con tre frammenti ossei intrapressi e quasi distaccati l'uno dall'altro, li estrassi e riscontrai che la dura non pulsava e che era lacerata in più punti. Aprendo questa membrana rinvenni un focolaio ematico, in parte sangue liquido con vari coaguli, che rimossi: la sostanza cerebrale sottostante era lesa. Procedetti alla « toilette » di questo focolaio e medicai con garza al jodoformio.

Seconda medicatura dopo 48 ore.

Polso 60, temperatura 36,5 di mattina, la sera 37. Il decorso della lesione si manteneva sempre asettico, come la temperatura fu sempre normale. Alla 10ª giornata si iniziò un prolasso della sostanza cerebrale, che malgrado la modica compressione con garza, andò sempre crescendo tanto da giungere al volume di un ordinario arancio, a peduncolo largo: e così si giunse al 21° giorno. D'allora notai come nelle medicature l'ernia cerebrale andava distruggendosi mercè un processo di necrobiosi della massa cerebrale erniata, ed alla 50ª giornata l'ernia era distrutta. Persistenza della paralisi di moto e dell'afasia che era motoria.

Provai di rieducare la parola e invitai l'infermo a ripetere le 5 vocali, delle quali ripeteva 4 sole, riuscendogli impossibile di pronunziare l'O.

Della paralisi restava immutata quella del facciale e dell'arto superiore, migliorando nell'arto inferiore. Alla 70ª giornata mi sorprese sentire salutarmi pronunziando la parola « direttore » ma veniva detta notandosi una diartria mancando la *r* ed il *d* lo pronunziava per *t*.

D'allora è stato invitato a ripetere altre parole, e mi riuscì a fargli pronunziare «bene» poi «buono» e poi il suo nome Pietro, in modo d'avere così un discreto corredo di parole a sua disposizione.

Giunto a questo periodo di notevole miglioramento, in cui la forma clinica era tanto mutata da essere sostituita l'afasia da una diartria, la emiplegia migliorata, se non del tutto guarita, potendo l'infermo levarsi da letto e camminare per la sala, solo restando una paresi del braccio destro e la paralisi del facciale destro, la notte del 6 dicembre 1919 l'infermo fu colpito da convulsioni epilettiche generali.

La mattina del 7, visitandolo, osservai che stentatamente parlava, non perchè gli venisse meno la favella, ma lo si vedea con un aspetto trasognato. Il dì seguente, 8 dicembre, di mattino, durante la visita, si ripeterono le convulsioni, alle quali potetti assistere: esse però erano limitate al solo braccio destro ed ebbero la durata di 2 a 3 minuti. Da allora fino adesso non si è constatato nessuno altro attacco epilettico ed il suo stato è ritornato quale era prima delle convulsioni.

Il caso clinico è degno di considerazioni avendo presentato una forma clinica e fasi non riscontrate in molti altri sintomi da me osservati.

In effetti prima che il Marie non avesse annunziata la sua dottrina sull'afasia, si ammetteva la teoria di Broca, il quale, nel 1861, determinò il centro della favella localizzandolo nella terza circonvoluzione frontale di sinistra. D'allora in poi questa affermazione è stata riconfermata, localizzandolo nella porzione posteriore di detta circonvoluzione, nel così detto opercolo, ove hanno luogo quei processi di coordinazione motrice, che sono necessari per la formazione della parola profferita.

Seguirono le osservazioni di Wernicke, Hahler e Pick, che fecero dipendere la sordità verbale e forse anche l'afasia amnestica da affezioni della prima circonvoluzione temporale sinistra.

Con sorpresa, verso il 1906, Marie annunziò:

1° Che l'afasia vera è uno stato di demenza e non è da mettere in campo la sordità verbale e la cecità verbale;

2° Che la zona dell'afasia è una sola e che comprende tutto il lobo parietale inferiore di sinistra, specie la circonvoluzione marginale ed il giro angolare, nonchè l'estremità posteriore delle prime due circonvoluzioni temporali;

3° Che non esiste un'afasia motrice, bensì un'anartria, la quale sarebbe causata da lesioni subcorticali localizzate nel nucleo lenticolare e prossimità, mentre la lesione del piede della terza circonvoluzione frontale non eserciterebbe nessuna influenza nella funzione del linguaggio.

Per il primo postulato, per la verità, debbo rivendicare il nostro illustre prof. Leonardo Bianchi il quale, fin dal 1886, nella « Rivista sperimentale di freniatria » scriveva queste testuali parole: « colui che è affetto da sordità verbale, sembra un demente, ma non lo è veramente; io credo che non si ripete un detto vero, o per varietà di casi o per difetto di osservazione: l'infermo ha l'aria di un demente e per me non lo potrei considerare altrimenti, se non nella sostanza, nella forma ».

Inoltre, lo stesso prof. L. Bianchi, nel 1891, sugli « Annali di nevrologia », fascicolo 5 e 6 scriveva sull'epicrisi di alcuni casi riferiti in quell'articolo; egli concludeva che la vera sordità verbale non è mai isolata, come la cecità verbale: a quella, quando nasce da distruzione del centro rispettivo, si associano ordinariamente cecità verbale, afasia motrice, e parafasia, che in questi casi è soppresso tutto il substrato formale dello intelletto e che i soggetti sono dei veri dementi.

Per la sede dell'afasia, se pure bisogna tener conto della teoria del Marie, essa non ci spiega quello, che la clinica ci ha dimostrato per tanti anni.

Il mio caso clinico mi ha insegnato, che l'afasia motoria manifestatasi immediatamente dopo il trauma dipendeva da lesioni della terza circonvoluzione frontale di sinistra, ed affermo ciò per la sede della frattura del cranio e che tale perdita della favella fosse durata ben 70 giorni si spiega con tale lesione, essendosi determinata un'ernia cerebrale, a largo peduncolo, che comprendeva il piede della terza frontale di sinistra, che andò distruggendosi per necrobiosi.

E se la teoria del Broca non ci dà ragione di tutte le osservazioni, d'altra parte non può andare distrutta.

Io, negli Atti dell'accademia medico-chirurgica di Napoli, nell'anno 1909, ho riferito su di un caso clinico molto dimostrativo, osservato nell'ospedale dei Pellegrini, ove un frammento osseo, che comprimeva la seconda e terza circonvoluzione frontale sinistra, aveva cagionato afasia motoria ed agrafia. Ebbene, rimossa la scheggia ossea, la scrittura ricominciò completa al 15° giorno e la favella al 20°, residuando solo una disartria. E mi è grato ricordare un caso clinico, riportato nell'opera del D'Antona « Nuova chirurgia cerebrale », sulla persona della signorina Iesly, che fu presentata dal prof. Bianchi al D'Antona, la quale sin dall'età di 9 anni ebbe a soffrire, in modo acuto, febbre e convulsioni intense ed alla scomparsa delle convulsioni seguì emiplegia a destra ed afasia.

Le convulsioni si ripetettero cominciando sempre dalle dita della mano destra e talora avevano carattere jacksoniano, limitandosi alla mano, e diffondendosi tutto al più al braccio. L'afasia motorica era tipica: la fanciulla intendeva quanto le si diceva (non essendovi sordità verbale), ma non poteva pronunziare nessuna parola.

Fu eseguita la trapanazione e fu rinvenuto in corrispondenza della parte media ed inferiore della prerolandica, un focolaio che fu creduto di rammollimento: era come una ciste, riempita da

una poltiglia gelatinosa. Esso focolaio si prolungava in avanti ed in basso sul dominio della terza circonvallazione frontale sinistra.

Dopo la constatazione di tali fatti non può scomparire dalla patologia la dottrina del Broca, tutto al più si può sostenere, che la quistione dell'afasia non è ancora completamente risoluta per la sua sede e per la sua fisonomia clinica. E ben si oppose il prof. Bianchi, quando in quella lezione su citata, annunziò che la fisiologia del linguaggio oltrepassa di molto i confini di una qualsiasi concezione schematica, non conoscendosi veramente i confini delle aree specifiche e quale è la loro variabile estensione e la possibilità a specializzarsi di aree, che pare non posseggano ora una funzione specifica e ben definita ed in quale rapporto siano tra loro. Inoltre non si conosce, se esista una subordinazione funzionale di alcuni componenti del linguaggio ad altri, di modo che, anche senza che un'area sia lesa, ne resti inibita la funzione pel semplice fatto, che viene distrutta un'altra area, che su quella eserciti un potere direttivo, quale l'intimo meccanismo onde le parole si formano, in quale rapporto funzionale ed anatomico sta la parola col pensiero; dove sta la ragione di così grandi differenze di quadri clinici con lesioni almeno in apparenza di eguale estensione.

Il mio infermo, ove si ebbe la perdita della favella, per la durata di 70 giorni, per lesioni della terza circonvoluzione frontale di sinistra, e per essere quasi scomparsa l'afasia, fa pensare che lesa la terza circonvoluzione frontale, vi sono altre aree, che sostituiscono le zone distrutte.

Presentemente l'operato si può definire un individuo affetto da diartria.

Le convulsioni epilettiche non sono più comparse; la paralisi dell'arto inferiore destro scomparsa, residuando una paresi dell'arto superiore e del facciale dello stesso lato.

NOTE E CONTRIBUTI.

Cura abortiva del furuncolo e dell'antrace

per il dott. DOMENICO PACIERI
medico nel R. Reclusorio penale di Spoleto.

Sino a tanto che l'etiologia del furuncolo e dell'antrace era ignota, e varie si credeva che ne fossero le cause, necessariamente la cura doveva essere sintomatica ed incerta. Infatti nella cura del furuncolo noi vediamo contrastarsi il campo due scuole opposte; quella che è per l'incisione del tumore, sia circolarmente come insegnava Lallemand, o con incisioni profonde e crociate come praticava Dupuytren; e l'altra contraria a qualsiasi incisione, sostenuta dal Nelaton, che si accontentava di una semplice cura sintomatica, con cataplasmi, pomate, ecc. Vi fu pure chi curò il furuncolo con sanguisughe, scarificazioni, e causticazioni, ma ben presto tali metodi furono abbandonati perchè non riuscirono ad alcuna pratica utilità.

Quando si venne a scoprire che il furuncolo è causato dall'azione di germi che si annidano, e prolificano nel derma e nel tessuto cellulare sottocutaneo, nacque la speranza che in breve si sarebbe trovato un metodo curativo per distruggere tali germi e fare abortire la malattia.

Ma per quanto io mi sappia, sebbene si siano fatti vari tentativi, mai venne raggiunto lo scopo, e la cura del furuncolo continuò come per lo passato, con l'intervento, o senza, del chirurgo. Soltanto che ai cataplasmi di seme di lino, alle pomate emmolienti furono sostituiti gli impacchi caldi, e le pomate con sostanze antisettiche senza però trovare alcun notevole risultato.

Fu il 23 settembre del 1913 che tentai per la prima volta, su me stesso, la cura abortiva del furuncolo, come mi accingo ad esporre:

Sino dalla pubertà andai soggetto, a furuncoli ed antraci, e sempre dovei ricorrere all'opera del chirurgo. Nel dicembre del 1911 si presentò nella regione destra posteriore del torace un tumore che dal defunto collega dott. Bocchini fu diagnosticato per antrace, e fui curato dal suddetto, con impacchi all'acido fenico, e con pomata mercuriale; ma il tumore faceva il suo corso inesorabile tanto che al decimo giorno aveva assunto un colore rosso-bluastro ed era diventato grande come un grosso arancio, con turgore ed enfiagione di tutto il torace posteriore destro, con alta temperatura, malessere generale, ecc. Visitato dal prof. Umberto Rossi di questa città fui dal medesimo operato con un taglio profondo a croce, e con scarificazioni. Guarii dopo due mesi di malattia.

Impensierito per questa mia disposizione agli antraci, mi detti a cercare seriamente un metodo che potesse arrestare il loro fatale sviluppo. Essendo a tutti noto che l'antrace è una malattia puramente locale, mi venne l'idea, non certo peregrina, che un'iniezione fatta nella sostanza del tumore con liquido antisettico, avrebbe potuto distruggere gli staffilococchi, o rendere il terreno inadatto alla loro rapida riproduzione.

Fisso in tale idea passai in rassegna tutti gli antisettici, e mi fermai sulla tintura di iodio come uno dei più efficaci, e nello stesso tempo innocuo ai tessuti circostanti al tumore ed all'organismo.

Nel settembre dell'anno 1913 mi si manifestò alla regione destra posteriore del collo un tumoretto grande come una nocciola, duro, resistente, quasi indolente; al quarto giorno era grande come

una grossa noce, sempre duro e resistente, dolente alla pressione e ad ogni movimento del collo, accompagnato da leggero stato febbrile e da malessere. Vedendo che il tumore non accennava a suppurare, e che i sintomi erano identici all'antrace sofferto nel 1911, non volli attendere oltre e dopo aver riempito una siringa di Pravaz di tintura di iodio, ed avere innestato ad essa un ago ben robusto, la affidai ad un collega raccomandandogli di attraversare il tumore con l'ago, e quando fosse giunto nel centro, iniettare il liquido.

Eseguita l'iniezione di circa due centimetri cubici del liquido, feci coprire con una striscia di cerotto adesivo il forellino fatto dall'ago, e me ne tornai in casa. Il giorno appresso il tumore era delle medesime dimensioni, ma muovevo il collo un poco meglio; dopo 48 ore dall'iniezione il tumore era sensibilmente diminuito; il collo lo muovevo senza dolore, ed al quarto giorno ero completamente guarito, senza una goccia di pus, tanto che non fu necessaria alcuna medicazione.

Incoraggiato da così brillante successo, cominciai a praticare la medesima cura abortiva in tutti coloro che mi si presentarono malati di furuncoli od antraci, specialmente nella corsia medica da me diretta presso la Casa di reclusione di Spoleto.

2° 15 *febbraio* 1914. — M... R..., di anni 39, recluso, presenta alla spalla sinistra un tumore grande quanto un uovo di pollo che data da quattro giorni. È duro, resistente, di un colore rosso-bluastro con un aureola infiammatoria che si estende a tutta la regione deltoidea. Fatta l'iniezione, dopo 24 ore era già cominciato il miglioramento, al terzo giorno il rossore si era dileguato, ed al sesto il tumore era scomparso senza traccia di suppurazione.

3° 12 *agosto* 1914. — R... A..., di anni 53, recluso. Nella regione posteriore ed inferiore del torace presenta un tumore che data da sei giorni, senza accennare a suppurare, duro, resistente, molto dolente, della grandezza di un uovo di pollo, con alone infiammatorio di circa 10 centimetri, con febbre e malessere generale. Praticata l'iniezione, due giorni dopo era molto migliorato, ed al sesto giorno guarito. Al secondo giorno rilevai solo una goccia di liquido nerastro nella medicatura.

4° 8 *dicembre* 1914. — M... L..., carcerato, presenta nella regione dorsale della mano destra un tumore della grandezza di una nocciola, ha nel centro una punta nerastra ed attorno un piccolo alone giallastro. Evidentemente si trattava di furuncolo in via di suppurazione. Praticata l'iniezione, il secondo giorno cominciò a migliorare, ed alla pressione uscirono fuori due gocce appena di pus biancastro; rimase una piccola piaga della grandezza di un centesimo, che all'ottavo giorno cicatrizzò.

6° 26 *dicembre* 1914. — G... S..., ebbe a soffrire di un altro furuncolo alla gamba destra che guarì cinque giorni dopo l'iniezione, con poche gocce di pus.

7° 26 *dicembre* 1914. — M... L..., ebbe a soffrire di altro furuncolo all'avambraccio destro; quattro giorni dopo l'inezione guarì senza suppurazione.

8° 2 *gennaio* 1915. — P... G..., di anni 33, di Spoleto, presenta nella regione posteriore del collo un tumore duro, resistente, dolentissimo, della grandezza di un uovo di pollo, nel cui centro si scorge un forellino nerastro, ed attorno tante piccole puntine biancastre; datava da sette od otto giorni ed era stato curato con impiastri e tintura di iodio alla superficie, che gli produssero una vasta escoriazione dell'epidermide. Praticata l'iniezione, 48 ore dopo l'a. era in via di miglioramento, al quarto giorno nella fasciatura si rinvennero poche goccie di pus nerastro ed il tumore era quasi del tutto scomparso. All'ottavo giorno era completamente guarito.

9° 4 *gennaio* 1915. — G... B..., di anni 19, sergente al 52° reggimento fanteria. Presenta alla regione posteriore del collo un tumoretto della grandezza di una noce, che dice datare da tre giorni: è duro, molto dolente, di colore rosso bluastro, e nel centro si nota una puntina nerastra. Praticata l'iniezione il giorno appresso, il tumore era cominciato a diminuire. Per quattro giorni il G... non si fece vedere e quando tornò trovai che il tumore era scomparso, ma alla pressione veniva fuori dal forellino centrale una goccia di pus giallastro. Per due giorni ancora durò questo stato, ma al decimo giorno era completamente guarito.

10° 5 *gennaio* 1915. — A... G..., di anni 52, recluso, presenta alla regione zigomatica destra un tumoretto della grandezza di una nocciola. Praticata l'iniezione, dopo 28 ore era migliorato, al quarto giorno riscontrai che alla pressione fuoriusciva una goccia di pus giallastro; all'ottavo era completamente guarito.

11° 25 *marzo* 1919. — T... B..., di anni 40, detenuto, narra che da vari anni soffriva di furuncoli, e due anni or sono ne ebbe uno al collo che venne inciso. Il tumore che ora presenta al collo è della grandezza di un uovo di pollo, di un colore rosso-scuro, molto dolente alla pressione, e nel centro si nota un forellino nerastro. Procedei subito alla iniezione e nella pressione che feci per spingere l'ago, venne fuori una gocciolina di liquido di color bianco-perlaceo, che aveva tutti i caratteri dell'icore.

Il giorno appresso il tumore era delle medesime dimensioni, ma il paziente diceva di sentirsi meglio; 48 ore dopo il tumore era cominciato a diminuire. Al quarto giorno era scomparso, ma nel piccolo cratere centrale riscontrai una materia biancastra che tolsi con una pinza, era il cencio necrotico, duro e tutto di un pezzo, senza la più piccola traccia di pus.

Non avevo potuto mostrare ad alcuno dei miei colleghi l'efficacia del mio metodo, perchè i malati furono curati quasi tutti nel Reclusorio. Ora avvenne però che nel 18 dicembre del 1919 nel terzo inferiore del mio avambraccio sinistro si presentò una piccola pustola rossastra, alla quale non feci caso. Ma dopo tre giorni essa si cambiò in un tumoretto della grandezza di una nocciola, duro, poco dolente e di color rossastro. Compresi subito che si trattava di uno dei soliti antraci, ma non volli far l'iniezione immediatamente per poter mostrare ai miei colleghi il tumore nella massima sua virulenza. Infatti dopo circa sette giorni il

tumore era divenuto grande come un uovo di pollo, di un colore rosso bluastro, con enfiagione di tutto l'arto superiore sinistro, con un'aureola infiammatoria che si estendeva sino al terzo superiore dell'avambraccio ed un cordone di un colore rosso intenso partiva dal tumore e lungo i vasi linfatici giungeva fino al disotto dell'ascella, con ingorgo di tutte le glandule. Il derma dell'apice del tumore si era screpolato, ed al disotto si notavano vari punti biancastri, da cui non gemeva alcun liquido anche se si fosse provocata forte pressione. La febbre che era cominciata da tre giorni raggiunse, la sera del 25 dicembre, 39 gradi ed un senso generale di malessere mi opprimeva. Era tempo di agire. Il mattino appresso mi recai all'ambulatorio del dott. Bonarotti, e dopo avergli fatto constatare la natura e la gravezza del male, lo pregai di praticare una iniezione con la tintura di iodio nel centro del tumore. Terminata l'iniezione coprii il tutto con una medicatura a secco. Il giorno appresso non riscontrai alcun miglioramento; solo il tumore, dalla parte ove era stata fatta l'iniezione, si era leggermente accasciato; 48 ore dopo tutti i sintomi allarmanti erano in decrescenza. Al terzo giorno tornai all'ambulatorio del dott. Bonarotti il quale potè constatare che ero completamente guarito dalla grave infezione. Infatti il tumore era quasi scomparso, il gonfiore, il turgore, e la linfo-angioite erano molto diminuiti, ero apirettico, ed in uno stato di benessere generale come nulla avessi sofferto. Il piccolo cratere che si era formato cicatrizzò entro una diecina di giorni, senza ombra di pus.

Dalle osservazioni fatte su me stesso e sugli altri, posso dedurre che la tintura di iodio iniettata nel furuncolo od antrace arresta immediatamente lo sviluppo degli stafilococchi uccidendoli o rendendo il terreno inadatto alla loro rapida riproduzione.

Rendo pertanto di pubblica ragione questo mio metodo curativo nella certezza assoluta che è veramente efficace, e senza tema di complicazioni spiacevoli.

Quanto prima si farà l'iniezione tanto prima avverrà la guarigione della flogosi, ed anche il dolore dell'iniezione, se si esegue sul principio, sarà molto modico, mentre se si effettua quando il tumore è molto progredito, sarà più sensibile.

È cosa facile eseguire l'iniezione; dopo riempita una siringa di Pravaz di tintura di iodio al 10 per cento, col pollice ed indice della mano sinistra si prende il tumore, e con la destra si infigge l'ago alla metà circa fra la base e l'apice del tumore, lo si attraversa in linea retta sino al centro ove si pratica l'iniezione di due terzi o della metà del liquido, a seconda della grandezza del tumore.

MEDICINA SOCIALE.

L'educazione fisica nelle scuole.

Il legislatore con la legge 26 dicembre 1909, n. 805, sull'insegnamento e sugli insegnanti di educazione fisica aveva forse l'intenzione di apportare nelle scuole l'invocata riforma dell'educazione fisica. Però tale insegnamento è ben poco migliorato e tutti i medici igienisti, che si occupano di igiene scolastica, continuano a ripetere che occorre cambiare via se si vuole una popolazione sana e se si vuole col tempo diminuire il numero dei riformati e dei predisposti alle affezioni polmonari in genere ed alla tubercolosi in ispecie.

L'aria impura che si respira in molti locali scolastici è più pericolosa di un cattivo cibo essendo l'aria, come diceva il Mantegazza, un alimento, un pane più che quotidiano, di ogni ora, di ogni minuto. Purtroppo manca tuttora un apparecchio semplice e preciso che dimostri con un'osservazione oculare l'inquinazione dell'aria in ambienti chiusi e l'odorato è l'unico guardiano delle vie respiratorie. Troppo facilmente il nostro organismo si adatta ad una respirazione di difesa; l'ossigeno penetrando così a stento a contatto del tessuto elastico e delle fibre muscolari non produce il salutare eccitamento nelle ultime ramificazioni bronchiali, il quale favorirebbe lo sviluppo del polmone e conseguentemente un miglioramento nella salute. Il Pieraccini nella sua patologia del lavoro e terapia sociale chiama i programmi scolastici « criminosi » ripetendo il concetto del Leopardi che diceva che con le scuole la vecchiaia compie il più grave tradimento alla gioventù. Il clinico potrebbe descriverci negli scolari tutta una serie di affezioni che trovano la loro causa predisponente se non efficiente di malattia nell'intossicazione endogena da strapazzo intellettuale.

Ben a ragione diversi deputati invocarono non è molto che sia data nuova opera all'educazione fisica, non tanto a quella che è ginnastica da palestra, quanto all'altra più vera e più alta che è esperienza della vita della natura, incoraggiando e promuovendo le manifestazioni sportive.

Così pure ultimamente i rappresentanti delle associazioni per l'igiene e la scuola convenuti per discutere sull'azione da svolgere a tutela della gioventù scolastica e sull'educazione igienica delle masse, hanno creduto doveroso di chiamare l'attenzione delle organizzazioni mediche sull'importanza dell'igiene scolastica e sull'opportunità di includerla nei programmi amministrativi e politici. L'educazione fisica viene ad affermarsi come importante problema del dopo

guerra ed a rendere sempre più urgente la riforma della scuola.

Già nel 1893 il compianto Celli diceva in Parlamento: « Per quanto più la scuola popolare sarà eminentemente educativa, per quanto più vi entrerà il medico igienista ed il pedagogo moderno, essenzialmente moralista, tanto di meno poi resterà da fare al medico curante, agli ospedali, al codice della giustizia punitiva ed alle carceri. La nostra scuola popolare nè provvede come altrove al miglioramento fisico della razza, nè fa alcun apostolato per la resurrezione igienica, che è gran parte del benessere e della reale potenza di una Nazione ».

Potrei citare le osservazioni fatte dal Sanarelli in Parlamento il 29 novembre 1905 quando citando l'insigne nostro classicista Gaetano Trezza protestava contro i programmi scolastici, contro i còmpiti da farsi a casa, contro l'abuso delle traduzioni dall'italiano in latino ed in greco.

Anche Giolitti nel suo programma elettorale del 12 ottobre u. s. fra le varie proposte antiquate ne ha fatta però una consona al sentire dei migliori deputati socialisti e del partito popolare italiano: abolire cioè la scuola media di Stato.

La scuola di Stato sopprime la concorrenza ed ha creato il maestro di grammatica abolendo il culto del classicismo e dell'educazione fisica greco-romana.

Le esigenze dell'istruzione dovrebbero venir guidate e regolate dalle convenienze della fisiologia, mentre l'insegnante dovrebbe essere spronato, come diceva giustamente il Ratto, in un suo articolo del 12 febbraio u. s. sull'*Avvenire Sanitario* « da quel salario ideale e morale che animava l'opera della scuola clericale. La quale produceva spiriti sovversivi, rivoluzionari e anticlericali, assai più della scuola moderna monoteista del Dio Stato ».

L'educazione fisica deve essere il fondamento dell'educazione intellettuale e morale, ma per ottenere questo, bisogna che in questo insegnamento trionfino la fisiologia e l'igiene al posto dell'attuale empirismo.

Vediamo ora come è attualmente disciplinato l'insegnamento dell'educazione fisica.

Il R. D. 22 dicembre 1910, n. 954, che approva le norme per il coordinamento con le altre leggi dello Stato della legge 26 dicembre 1909, n. 805, sull'insegnamento e sugli insegnanti di educazione fisica, non parla dei programmi di insegnamento, quindi restano sempre in vigore i vecchi programmi.

I programmi del 1893 erano stati predisposti dalla commissione nominata per preparare un piano di riforma della ginnastica nelle scuole; questa commissione era composta da: F. Todaro presidente; G. Pecile; G. Valle; A. Mosso; Fambri; Flaùti; F. Abbandonati; E. Baumann; Gamba; A. Celli. I programmi vennero resi obbligatori con R. D. 26 novembre 1893 senza numero; tale decreto non fu mai pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, ma solo nel *Bollettino Ufficiale del Ministero della P. I.*, del 30 novembre 1893, n. 48.

Se tali programmi sono tuttora in vigore per le scuole medie, classiche e tecniche, per le scuole complementari e normali vi sono nuovi programmi approvati con R. D. 19 ottobre 1897, n. 469.

Inoltre per le scuole medie, classiche e tecniche con circolare ministeriale 16 novembre 1910, n. 57, vennero poi fissate le parti dei programmi del 1893 « sulle quali devono fare buona prova gli alunni per conseguire il voto di sufficienza sul profitto ».

Vi è poi la circolare ministeriale 29 dicembre 1911, n. 2, che a proposito di programmi per l'educazione fisica dice « fino a nuova disposizione ciascuna classe avrà due ore settimanali di lezione ». Viene poi stabilito che la domanda per l'esonero dall'educazione fisica debba farsi all'inizio dell'anno scolastico salvo casi di malattia sopravvenuta. Tale disposizione era ottima perchè evitava all'allievo, che durante l'anno non aveva ottenuto buona votazione per l'educazione fisica, di domandare verso la fine dell'anno l'esonero parziale; tale disposizione venne abrogata con circolare ai Capi d'istituto n. 4090 del 12 marzo 1913!

Tra tanti programmi, modificazioni, parti su cui occorre far buona prova esiste, specie per le scuole medie, non poca confusione. Durante le visite che il medico provinciale compie per l'esonero dall'educazione fisica, non è difficile trovare insegnanti che non conoscono in modo chiaro le varie disposizioni ed i vari programmi.

In genere poi nelle scuole medie si dimenticano le istruzioni date nei programmi del 1893 e così vengono dimenticati i giuochi ginnici, i giuochi all'aperto fatti in gare, che danno quel movimento naturale e piacevole che è uno dei principali mezzi per conservare la salute ed acquistare vigore e coraggio. Dopo la circolare 16 novembre 1910, n. 57, l'insegnamento è impostato in modo da preparare gli alunni solo a quei determinati esercizi sui quali devono in fine anno dare buona prova.

Così, mancando l'igienista, si dimentica l'organismo. Il pedagogo trasforma l'insegnante di ginnastica in un titolare di una cattedra, determina i programmi secondo le classi, ciascuna delle quali deve avere un determinato numero di lezioni settimanali. Sovente all'educazione fisica

si riservano ore notturne e si costringe la scolaresca a recarsi in un tempo prestabilito in un locale lontano, umido, freddo, polveroso, illuminato sovente a luce artificiale, che viene chiamato « palestra ».

Se occorre quindi una riforma per la scuola media, è certo indispensabile far cessare lo scandalo attuale della cosidetta educazione fisica di Stato. L'insegnamento deve essere impartito da personale competente e se occorrono locali chiusi, occorre che tali locali non siano pericolosi per la salute. Non deve l'insegnamento dell'educazione fisica essere impartito per classi, ma per squadre formate dopo visita medica secondo l'età, la statura, lo sviluppo fisico di ogni alunno. L'alunno durante le esercitazioni dovrebbe avere un adatto costume per evitare i pericoli di esercitazioni fatte con indumenti incongrui. La visita medica dovrebbe essere obbligatoria per gli alunni e le alunne ogni anno all'inizio degli studi in un locale adatto, ed i risultati dovrebbero segnarsi su apposito registro; mentre ora il medico provinciale interviene solo se chiamato dal Capo dell'istituto (art. 11 R. D. 22 dicembre 1910, n. 959, e circolare ministeriale 29 dicembre 1911, n. 2) per le visite per esoneri totali, o parziali, cioè esoneri riservati a determinati esercizi scelti fra quelli prescritti nei programmi di cui sopra è cenno. Il risultato della visita medica servirebbe poi per la costituzione delle varie squadre.

L'insegnamento dell'educazione fisica dovrebbe poi esser completato da conferenze, da proiezioni cinematografiche rendendo popolari quelle nozioni di igiene generale e di fisiologia tanto necessarie per godere in questa vita del funzionamento regolare di tutti gli organi; nozioni del tutto trascurate nei programmi governativi delle scuole medie.

Se viene da molti invocata l'abolizione della scuola media di Stato, resta però sempre necessaria, per l'educazione fisica, una costante vigilanza statale ed un congruo sussidio annuo a quelle istituzioni che praticamente si dimostreranno atte a contribuire allo sviluppo dell'educazione fisica e morale della gioventù.

L'insegnamento antifisiologico dei mesi di studio, vera tortura della gioventù, gli ozi così dannosi di oltre quattro mesi all'anno di vacanza, cesseranno con la scuola libera e sovratutto, come diceva il Ratto, scomparirà con grande vantaggio per lo Stato « l'ostacolo precipuo che ha ritardato finora la maturazione del secolare problema dell'educazione fisica ».

Bergamo, marzo 1920.

Dott. Giuseppe Monti.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Cuore e morfina.

(Dott. Siebert. *Beihefte zur Medizinischen Klinik*).

Risultati sperimentali. — I risultati sperimentali dell'azione della morfina sull'apparato circolatorio sono poco dimostrativi, perchè essi sono stati dedotti da esperimenti intrapresi su animali e precisamente su animali sani e perchè secondo *Grassmann* le condizioni che si avevano nelle varie malattie cardiache dell'uomo, non possono essere riprodotte fedelmente negli animali da esperimento. Quando l'esperimento ebbe per oggetto l'uomo si trattava di individui giovani e sani che avevano un cuore sano. Una prova però di quello che possa sopportare il cuore offrono i morfinisti che assumono enormi quantità dell'alcaloide, senza che il loro cuore ne risenta qualche danno.

In generale gli esperimenti portano alle seguenti conclusioni: per l'assunzione di morfina la pressione sanguigna si abbassa ed il polso si rallenta, il cuore si indebolisce, le sistoli diminuiscono; si deduce che la morfina attacca direttamente il cuore, indirettamente il centro respiratorio (*Fröhlich, Picard* e *Rebatel, Nothnagel* e *Rossbach, Fick, Bin-Heubach, Christeller, Egmondt; v. Schröder* osservò arresto cardiaco della durata di minuti in diastole, *Vinci* in sistole. Altri autori dopo un abbassamento iniziale fugace della pressione videro che il polso si comportava come nel sonno ed anzi si rialzava e l'azione dannosa sul cuore e sui vasi era tardiva e secondaria. Qualche altro autore nega l'abbassamento secondario della pressione sanguigna e sostiene che la frequenza del polso non fu influenzata notevolmente. *Levoin* negli ultimi anni raccomandò molta prudenza nella somministrazione di morfina nella debolezza cardiaca perchè già con dosi medie la pressione sanguigna si abbassa, sia perchè in seguito alla paralisi cerebrale manca il solito impulso riflesso degli organi regolatori della dilatazione vasale, rispettivamente dell'attività cardiaca, sia per influenza diretta sull'apparato vasomotore. Altri autori sostengono che nell'avvelenamento per morfina la sua azione diretta sul sistema circolatorio è insignificante: dopo un breve acceleramento della frequenza del polso segue un rallentamento mediocre basato su un aumento del tono del vago; la circolazione ne soffre solo in via secondaria per paralisi del cuore, in seguito all'asfissia o per paralisi del centro respiratorio, ma tutto il qua-

dro dell'avvelenamento è dominato dalla paralisi respiratoria.

Risultati così contraddittori non permettono di trarre una conclusione sull'azione della morfina sul cuore ammalato. La ripugnanza dei medici a prescrivere l'alcaloide tebaico riuscirà ancora rafforzata dalle molte azioni deleterie riscontrate in questi esperimenti. Ma simili risultati potranno esser presi come direttiva nella terapia, solo quando avranno ricevuta piena conferma al letto dell'ammalato.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

1. *Malattie acute del cuore.*

I medici hanno la più grande ripugnanza a prescrivere la morfina nei processi infiammatori acuti del muscolo cardiaco, dell'endocardio e del pericardio. *Grassmann* raccomanda in questi casi la massima prudenza e rammenta che *Bergeat* vide morire rapidamente un ragazzo di 14 anni ammalato di endocardite da poliartrite reumatica acuta, in seguito ad un'iniezione di morfina. *Rosenbach, v. Noorden, Strümpell, Hirchl, Schrötter* usano i narcotici nelle forme eretistiche con dispnea, e forti disturbi soggettivi; qualcuno raccomanda il trionale o il tetronale, altri evita ogni e qualsiasi narcotico, altri usa la morfina ma solo negli ospedali o sanatori ove il medico può controllarne l'azione. L'A. crede che la morfina non solo non sia dannosa, ma utile in tutti quei casi nei quali l'azione cardiaca è tumultuosa o è accompagnata da grande agitazione degli ammalati perchè essa agisce rapidamente calmando l'ammalato ed il cuore.

2. *Malattie croniche del cuore.*

a) *Angina pectoris.* — Le malattie croniche del cuore rappresentano appunto il campo nel quale la morfina esercita la sua azione benefica mostrandosi in queste affezioni del cuore e dei vasi qual vero rimedio curativo. Ma anche contro questo uso si alza qualche voce che raccomanda prudenza e perfino biasima questa pratica terapeutica. Nella sclerosi delle coronarie il rimedio fu usato generosamente perchè proprio in questa malattia la parte principale è sostenuta da alterazioni sensitive che raggiungono il loro massimo nel dolore violento di petto e nel senso di ambascia e di annichilimento che caraterizza l'angina di petto. La necessità di non sembrare inumani costrinse i medici a prender energica posizione combattendo anzitutto lo stato deplorevole di ansia mortale che abbatte il paziente per ore e giorni e sembrava che l'unico mezzo atto a combattere l'attacco e le sofferenze fosse la morfina. E qualche volta l'ammalato ristorato da un buon sonno rinasceva a nuova vita, ma qualche caso di morte improvvisa fu attribuito alla morfina, perchè l'attacco stenocardico era considerato come una conseguenza diretta di improvvisa debolezza cardiaca e questa non poteva essere influenzata che sinistramente, da un medicamento che si supponeva favorisse la paralisi cardiaca.

Curschmann era dell'opinione che nell'angina di petto da sclerosi della caronaria la debolezza cardiaca stesse in diretta relazione coll'inizio dei singoli attacchi e con la morte in attacco, per cui si mostrò sempre contrario all'uso dei narcotici, e sosteneva pure l'opinione di aver visti molti casi di morte dei quali non poteva pensare altro, se non che erano subentrati per dosi troppo alte di morfina.

Schott, Alamann e *Runeberg* condividendo questo modo di vedere sconsigliavano in questi casi l'uso della morfina.

Vierordt però non crede alla debolezza cardiaca nella sclerosi delle coronarie e basandosi sui lavori di *Leyden* sostiene che esiste un'angina di petto senza debolezza cardiaca; in questi casi ritiene opportuno l'uso della morfina assieme agli eccitanti ed accenna al fatto che l'esperienza clinica contraddice la supposizione che la morfina danneggi il cuore. *Fränckel* ritiene il medicamento controindicato nei pazienti a polso piccolo e frequente, se però il dolore è intenso egli ricorre ad un'iniezione ipodermica di morfina che è sopportata bene anche se la tensione arteriosa è bassa. *Leyden* la ritiene controindicata quando il polso è piccolo, filiforme; se è in dubbio incomincia con dosi molto piccole e se il risultato è favorevole ripete l'iniezione. *Schrötter* opina che la morfina calmando il cuore, abbassando la pressione sanguigna, dilatando i piccoli vasi e favorendo il lavoro del cuore, apporta un rapido miglioramento, tronca l'attacco; non bisogna però dimenticare che il medicamento ha una grande influenza sull'innervazione del cuore e che può produrre un notevole rallentamento della velocità del sangue circolante.

A coloro che sostengono che i casi di morte osservati devono essere ascritti alla terapia è bene rispondere che in simili ammalati la morte può subentrare ad ogni istante per paralisi cardiaca; e giustamente il *Rosenbach* osserva che medici e profani hanno la tendenza di riferire all'ultimo rimedio usato l'esito infelice di un malato invece che alla malattia stessa e sostiene che tutti quelli che hanno avuto occasione di convincersi dell'azione meravigliosamente sedativa del medicamento vi ricorreranno anche in avvenire malgrado l'opinione dei pusillanimi. *Michaelis* non ha mai veduto un caso di morte per morfina e siccome può succedere anche senza l'i-

niezione di morfina, noi non abbiamo il diritto di attribuirla a quella. Gli osservatori più disparati hanno constatato che la morfina a dosi non troppo alte in questi casi è il mezzo più sicuro per troncare l'accesso penoso, onde è che oggi vi ricorrono anche quelli che raccomandavano la prudenza; tanto che *Krehl* scrive: « in ogni caso di stenocardia che dura un po' a lungo nessun medico può rinunciare alla morfina 0.01-0.02 ». E anche il *Noorden* ritiene infondata l'opinione che sia dannosa, per cui oggi la morfina è una misura terapeutica preferita nell'attacco anginoso, se i polso è debole si dà unita agli eccitanti, ricordando che la debolezza cardiaca può subentrare ad ogni istante.

Leyden assieme alla morfina dà digitale, *Hoffmann* iniezioni endovenose di strofantina, *Grassmann* assieme alla canfora fa un'iniezione di 0.005 di morfina e non aumenta la dose pensando che non si potrà fare a meno di ripetere l'iniezione, *Huchard* la combina con le inalazioni di nitrito d'amile, *Broadbent* la associa all'atropina. Naturalmente ripetendosi gli accessi stenocardici non si consegnerà all'ammalato lo schizzetto perchè in questo modo molti ammalati sono divenuti morfinomani (*Noorden*).

b) *Asma cardiaco.* — Analoghe condizioni abbiamo nell'asma cardiaco che come l'angina di petto si manifesta in seguito all'arteriosclerosi e che più spesso e più frequentemente delle altre affezioni cardiache assume il carattere di attacchi, spesso combinati col parosismo anginoso o solo come puro asma cardiaco. Nella lotta contro i penosissimi attacchi dispnoici, che costringono gli ammalati a respirare con tutti i muscoli accessori, mentre la respirazione assume il tipo di *Cheyne-Stockes,* molti autori raccomandano la morfina: *Fränckel* dice che niente può supplirla e chi si è convinto della sua eccellente azione saprà vincere la ripugnanza che il medicamento desta ancora in molti medici. Già dopo pochi minuti gli ammalati passano in uno stato di benessere e si svegliano poi dal sonno ristoratore rinfrancati e con ritmo respiratorio normale. Piccole dosi però sono dannose perchè non vincono la dispnea: essa diminuisce per un po' di tempo per ripigliare poi più forte di prima, nè bisogna incominciare troppo presto e darla solo una volta al dì nelle ore della sera. Sebbene l'asma cardiaco dipenda da un'insufficienza del ventricolo sinistro pure nemmeno la diminuizione permanente e rilevante della forza cardiaca quale si osserva negli stadi avanzati costituisce una controindicazione per la morfina. (*Grassmann, Rosenbach, Krehl*). Accorciando la durata dell'accesso si giova assai agli ammalati e quando lo scopo di calmarli è stato raggiunto si ricorre ai soliti metodi che agiscono sul sistema vasale cercando di compensare i disturbi circolatori per evitare il ripetersi degli accessi (*Fränkel, Freund, Basch*).

c) *Arteriosclerosi.* — In questa malattia, per il suo progressivo carattere e per il polimorfismo dei sintomi (dolori, dispnea, insonnia, ambascia, inquietudine) non si potrà fare a meno della morfina, la quale rinnova la funzionalità cardiaca determinando periodi privi di sofferenze. Quando poi tutti gli altri mezzi per arrivare alla compensazione ci abbandonano, quando la digitale non agisce più, allora la morfina è l'ultimo rifugio, da essa non bisogna rifuggire nemmeno nelle forme più gravi della sclerosi delle coronarie, nelle forme gravissime con edema polmonare, purchè sia combinata coll'etere.

d) *Myocarditis e endocarditis.* — Lo stesso vale per la stenocardia che si sviluppa dopo le malattie del muscolo cardiaco e dei vizi valvolari. All'inizio i soliti rimedi cardiaci bastano a migliorare la circolazione, però quanto più la malattia progredisce tanto più la funzionalità diviene insufficiente, perchè il cuore perde la sua forza o perchè le resistenze aumentano troppo, è allora il momento di ricorrere alla morfina. Essa attenua il dolore cardiaco, l'ambascia, la dispnoe; l'insonnia è vinta. Nella dispnoe circolatoria è necessario abbassare l'eccitabilità del centro respiratorio fino ad avere un ritmo respiratorio normale, poichè la respirazione forzata non solo è inutile, ma è dannosa per il lavoro muscolare senza scopo che consuma troppo ossigeno, di qui l'inquietudine tormentosa e l'insonnia. La canfora non risparmia l'enorme lavoro cardiaco, e non c'è nulla da temerne nemmeno nelle gravi forme circolatorie o nella insufficienza cardiaca gravissima. La respirazione a tipo *Cheyne-Stockes* dopo la morfina cede il posto ad una respirazione a ritmo regolare, mentre con la digitale non si arriva a questo risultato. Chi ha veduto l'odissea delle sofferenze di un vizio cardiaco grave, benedice il giorno nel quale è ricorso alla morfina. *Hoffmann* la raccomanda già all'inizio dll'insufficienza cardiaca, unita alla digitale o alla canfora. *Krehl* non vuole che il medicamento sia riservato ai soli casi disperati, ma fa presente che anche nelle forme pronosticamente favorevoli, la quiete psichica ottenuta col narcotico per la scomparsa dell'ambascia e dell'insonnia, non solo rende la vita più facile, ma è utile al cuore. Nelle forme a decorso rapido è innocuo, nelle affezioni croniche è un'arma a doppio taglio, che per principio non deve essere rigettata. In generale i medici pratici aspettano troppo prima di ricorrere alla morfina; *Rosenbach* sostiene che ogni attacco di aritmia o di dispnoe in fondo null'altro è che una pausa nella quale il cuore cerca di radunare nuove forze e la morfina lo aiuta. Giu-

dizio invece colla digitale! Non incominciamo troppo presto con questo rimedio universale che ci mancherà negli inevitabili gravi disturbi compensatori di poi. La morfina in qualche caso agisce preparando il terreno per l'azione della digitale (*Ewald, Fogood, Rosenbach, Grassmann*).

Ewald racconta di un paziente di insufficienza mitralica alla quale si era aggiunta una miocardite acuta che con grandi dosi di morfina e drenaggio delle estremità migliorò tanto, dopo l'anno di degenza a letto e tre quarti di anno di morfina, da vivere ancora 6 anni lavorando, allo stato primiero, cioè di vizio cardiaco compensato.

3. *Nella compartecipazione dei reni.*

Fogood è dell'opinione che una concomitante lesione renale costituisca una controindicazione alla morfina, non così la pensa *Hericourt* il quale sostiene che essa favorisce la diuresi rialzando l'attività cardiaca. *Huchard* la usa persino negli stati uremici, così *Rosenbach* e *Lütlye*, e siccome nessuno ha mai partecipato che vi sia qualche pericolo nell'usare l'alcaloide, non si può non ammetterlo.

4. *Mlattie degli organi respiratori.*

Jürgensen fa presente che il narcotico esercita una certa azione sul centro respiratorio e che quando esiste un catarro bronchiale che deve venir espulso colla tosse non si ricorrerà mai alla morfina. Anche *Grassmann* ritiene che la morfina non possa usarsi nella bronchite diffusa, nella pneumonite e nella pleurite. Ma altri autori sostengono che è un preconcetto falso quello che la morfina sia dannosa nelle malattie respiratorie e sostengono che a piccole dosi (0.005-0.01) è un sedativo dello stimolo a tossire e risparmia la forza, *Rosenbach, Strümpell* e *Hare* credono abbia una vera azione decongestiva sul polmone. Secondo *Fränkel* la controindicazione bisogna cercarla solo in una profusa espettorazione o in un incipiente edema polmonare; la debolezza cardiaca non esclude l'uso della morfina perchè nessuna cosa favorisce tanto la debolezza cardiaca quanto l'impossibilità di dormire.

5. *Debolezza cardiaca nelle malattie febbrili.*

Wittkovski ha dimostrato che il medicamento è senza influenza sul polso febbrile persino in narcosi profonda e *Rosenbach* lo raccomanda nell'insonnia e perfino la somministra se il polso è fuggente, al più vi unisce degli eccitanti.

6. *Stenocardie e alterazioni sensitive di diversa natura.*

I disturbi stenocardici per dispepsia, nicotina, alcool, ecc. non costituiscono alcuna controindicazione, sebbene si arrivi allo scopo con mezzi più blandi: *Vierordt, Krehl* e *Strümpell* ricorrono facilmente alla morfina perchè solleva presto le sofferenze, ma *Grassmam* ricorda di esser cauti cogli isterici e coi nevrastenici per il pericolo di creare morfinomani. Notevole è poi la circostanza che negli anginosi di natura nervosa, la morfina agisce molto meno quale calmante e spesso provoca vomito e collasso.

Nessun fatto dimostrato contraddice l'uso della morfina nel cuore grasso.

Qui entrano in campo le stesse considerazioni terapeutiche rammentate per la sclerosi delle coronarie; lo stesso dicasi per le stenocardie da gotta, diabete, intossicazione da piombo. Anche nelle crisi tabiche può esser necessaria un'iniezione di morfina, ma guai a lasciare lo schizzetto in mano all'ammalato! Nella cura della tachicardia parossistica per lo più è inutile, nella dilatazione dell'aorta addominale che si manifesta a parossismi simili alla tachicardia e al Basedow dovrebbe agire meravigliosamente. I disturbi cardiaci soggettivi del cuor tiroideo per la loro cronicità contraddicono l'uso della morfina.

Idiosincrasia. — Tutte queste osservazioni concordi mostrano che è ingiustificato il timore della morfina nelle malattie del cuore; i casi di morte improvvisa osservati, piuttosto che alla morfina, devono essere attribuiti alla malattia stessa. Come per il cloroformio però può esistere un'idiosincrasia assoluta; l'evenienza è però rara e non ci autorizza a rinunziare ai sussidi terapeutici dell'alcaloide tebaico. Più frequente è l'idiosincrasia relativa. Vomito, sudori, vertigini, non sono sintomi pericolosi e ben presto subentra una certa tolleranza. È bene però saggiare la resistenza dell'organismo con piccole dosi ed in caso ripetere la somministrazione, evitando sempre la applicazione sottocutanea finchè non si conosce la reazione all'alcaloide.

Considerazioni terapeutiche. — La dosatura sarà regolata dalla gravità dei sintomi da combattere: nella letteratura si mette in guardia il medico contro dosi troppo alte, senza specificarle. Dosi di 0.01-0.02 saranno indicate nelle forme gravi con fenomeni tumultuosi, così con piccole dosi di 0.005-0.01 si riuscirà ad avere un buon effetto se i disturbi sono piccoli specie all'inizio delle malattie cardiache. Con la morfina bisogna incominciar presto, non attendere finchè si è stabilita un'assoluta insufficienza, perchè la tranquillità dell'ammalato è la condizione che deve esser adempiuta prima di ogni altra cosa. Ottenuto l'effetto si sospende la somministrazione e in caso di bisogno si ripete; anche quando l'uso del rimedio dura da lungo tempo si farà di quando in quando il tentativo di sospenderlo. Se questo non è possibile e la vita senza morfina è congiunta a sofferenze insopportabili allora il

morfinismo deve esser considerato come l'inconveniente minore.

In generale la morfinomania potrà essere evitata, somministrando il medicamento fino all'effetto voluto, e tenendo conto del fatto che persone sofferenti di lesioni organiche sopportano molto in questo senso; naturalmente non si consegnerà mai la siringa al malato. Malati di cuore, abituati alla morfina, si lasciano svezzare senza che subentrino rilevanti fenomeni di astinenza. La forma migliore di applicazione è la sottocutanea, più rapida, più sicura e più intensa ne è l'azione e la digestione non è influenzata. La minaccia di un edema polmonare, o l'insufficienza del ventricolo destro devono esser allontanate in breve tempo, la digitale e gli altri cardiaci adoperano però del tempo per esplicare la loro azione e non troncano le sofferenze dell'attacco. In simili casi manca il tempo di saggiare la sensibilità dell'organismo: si farà un iniezione di 0.008-0.01.

Essenza dell'azione morfinica. — Già *Huchard* aveva richiamato l'attenzione dei medici sull'influenza della morfina quale medicamento che facilita l'attività cardiaca, risparmiandola. Essa limita la dispnoe, attenua l'agitazione psichica e la inquietudine motoria, allontana le sensazioni penose; ma sedando e mitigando tutti questi sintomi di una miserabile attività cardiaca, essa esplica un'influenza benefica sul cuore stesso, dandogli tempo di quietarsi. Diminuendo lo sforzo muscolare ed il lavoro straordinario dei muscoli della respirazione si diminuiscono le esigenze imposte al cuore e viene a mancare l'influenza della eccitazione psichica sull'organo. *Huchard* poi accentua che nell'angina di petto essa agisce non solo come sedativo ma come stimolante e regolatore della attività vasomotoria. Paladino dell'uso della morfina nelle malattie cardiache è il *Rosenbach*; egli dice che come la digitale agisce tonizzando il muscolo cardiaco, la morfina agisce indirettamente abbasando l'eccitabilità del sistema nervoso, della psiche e dei tessuti per stimoli esterni e diminuendo così il lavoro complessivo dell'organismo, ed abbassando tutte le manifestazioni della vita ad un minimo, esercita una diretta azione sul ricambio protoplasmatico. In tal modo essa risparmia forza e ne produce di nuova.

Roth e *Schulz* hanno dimostrato che quando un disturbo di compensazione cardiaca migliora, si ha un aumento di cloruro di sodio nell'urina, la stessa cosa si osserva coll'uso di morfina nei disturbi circolatori. Negli stati dispnoici la morfina mitigando lo sforzo respiratorio ed allontanando così il pericolo di una paralisi del centro respiratorio e circolatorio, adempie un'indicazione causale. Abbassando la eccitabilità del centro respiratorio, la respirazione si fa più profonda, più lenta e più ampia (*Fränkel*) e la ventilazione è maggiore scaricando il cuore e migliorando la circolazione general. con risparmio di forza cardiaca e favorendo una migliore irrorazione sanguigna del muscolo cardiaco. Nella respirazione a tipo Cheyne-Stockes per il sovracarico di anidride carbonica nelle pause respiratorie si aumentano le resistenze del sistema circolatorio, la morfina dà alla respirazione un ritmo regolare ed allontana queste cause deleterie. Il medicamento poi abbassa la pressione sanguigna, abbassando il tono delle piccole arterie e favorendo il sudore; poi ha un'eminente azione diuretica poichè assieme ad una diminuzione delle resistenze periferiche ha un'azione tonizzante sul cuore calmando il sistema nervoso centrale e periferico cardiovascolare e con ciò favorisce l'aumento di energia cardiaca, come lo prova il fatto che l'aritmia e gli altri disturbi cardiaci che si manifestano quali sintomi d'astinenza nei morfinomani sono influenzati favorevolmene non solo da nuove dosi di morfina, ma anche dalla digitale.

Conclusione.

La morfina non è un veleno cardiaco, ma un rimedio; come scriveva il vecchio *Broon*: *opium curat non sedat;* nei cardiaci essa deve esser usata non per principio o secondo uno schema prestabilito ma in relazione alla situazione del momento. Quando è necessaria vi si ricorra tosto e senza paure; come *Wunderlich* ha detto « non abbiamo malattie ma malati da curare ». Nelle ore grigie dei cardiaci nessun medicamento vale, e meno che meno supera l'azione della morfina e quando tutti gli altri rimedi ci lasciano in asso, allora noi troviamo in essa uno dei più validi ausili nella schiera dei sussidi terapeutici per sostenere con successo quest'ultima lotta dell'organismo. Non per nulla *Sydenham* scriveva: *Nullem esse medicus sine opio.*

Dott. Leopoldo Pergher.

Nuove osservazioni sulla funzione del cuore e sull'azione della digitale.

(S. Loeve. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, n. 52, 1919).

Lo studio delle particolarità fisiologiche del muscolo cardiaco presenta rilevanti difficoltà ed è molto meno progredito di quello dei muscoli striati scheletrici; anzitutto perchè il cuore quale muscolo cavo mal si presta a molte ricerche, e poi, perchè la sua ricchezza in apparati nervosi complessi complica oltremodo le esperienze e rende difficile l'interpretazione dei risultati. L'Autore ha ovviato alle prime difficoltà: eseguendo le sue ricerche su delle striscie escisse dal miocardio, ottenendo in tal modo un pezzo di

muscolo simile ai muscoli longitudinali; alla seconda difficoltà escindendo le striscie profondamente nella parte bassa della regione ventricolare (v. figura 2) regione notoriamente povera di elementi nervosi, priva delle cellule gangliari funzionalmente importanti, presenti nella regione degli atri. La regione ventricolare contiene soltanto delle cellule la cui interpretazione è molto dubbia, messe in evidenza da Bethe con colorazioni speciali; contiene inoltre delle reti di fibre amieliniche.

Su tali striscie l'A. ha studiato le due proprietà fondamentali dell'elemento muscolare: la contrattilità e il tono. Le striscie escisse anche se provenienti dalla regione ventricolare povera in apparati nervosi, continuano a contrarsi ritmicamente per lungo tempo (più di 5 ore). Molto più a lungo persiste l'eccitabilità di esse di fronte a stimoli farmacologici (adrenalina) e meccanici (trazione). Esse sopravvivono in soluzione fisiologica senza alcuna aggiunta di ossigeno, per quasi 24 ore.

I pochi alcaloidi che si suppone agiscano direttamente su terminazioni nervose intracardiache (vago, accelerans) agiscono difatti anche sulle striscie escisse: le contrazioni di esse vengono rallentate dalla pilocarpina, accelerate dall'atropina, per eccitazione, rispettivamente per paralisi delle terminazioni del vago; accelerate e rinforzate dall'adrenalina, per eccitazione del simpatico.

Poco si conoscono i fattori dai quali dipende il tono del muscolo cardiaco. Nei muscoli scheletrici è stato dimostrato che essi regolano in certo modo automaticamente il loro tono per via riflessa, in seguito a stimoli che agiscono sulla sostanza muscolare e che in gran parte vengono probabilmente generati dalle contrazioni stesse del muscolo. Le estremità sensitive le quali trasmettono centripetalmente questi stimoli, sono chiamate «estremità propriocettive». I diversi segmenti delle vie nervose lungo le quali avviene il riflesso dell'alterazione di tono, vengono variamente influenzati da stimoli farmacologici, ed il riflesso ne risulta corrispondentemente alterato. Così la tetanotossina e la stricnina provocano un aumento di tono nei muscoli scheletrici coll'esagerare esse l'eccitabilità della stazione gangliare centrale; la cocaina invece, che paralizza le terminazioni propriocettive provoca una diminuzione del tono muscolare.

L'A. ha dimostrato una simile regolazione automatica del tono anche per il cuore. Mentre però la percezione degli stimoli da parte delle estremità propriocettive, e l'alterazione di tono riflessa, possono avvenire in qualsiasi punto della parete cardiaca, una sola regione, quella degli atri, contiene i gangli, centro del riflesso. Lo stimolo meccanico (di trazione) esercitato dell'autore sulle striscie miocardiche escisse provoca inoltre un'alterazione di tono soltanto se esse si trovano in una soluzione digitalica (le soluzioni digitaliche per sè stesse non alterano in alcun modo il tono delle striscie che non vengono stimolate meccanicamente).

Colla tecnica suddetta l'autore ottenne nelle striscie tolte alla regione atriale come reazione ad uno stimolo di trazione esercitato su di esse in soluzione digitalica, un'alterazione di tono che andava fino all'estrema sistole del muscolo. Per ottenere l'identico fenomeno nelle striscie ventricolari, bisognava che si lasciassero comunicare con un peduncolo con la regione atriale; s'intende che lo stimolo meccanico veniva esercitato esclusivamente sulle striscie ventricolari. Nelle striscie ventricolari completamente escisse, lo stimolo meccanico in soluzione digitalica non provocava mai alcuna alterazione del tono.

In seguito a stimoli esercitati sulla parete ventricolare, il riflesso avviene adunque secondo il seguente schema:

Anche il cuore regola dunque automaticamente il suo tono a seconda degli stimoli che le contrazioni di esso generano ad anche a seconda del grado del riempimento sanguigno che la sua cavità subisce. Quest'ultimo fatto risulta da esperienze eseguite sul cuore *in toto*, nelle quali una stimolazione meccanica degli atri (dilatazione per mezzo di un'iniezione di soluzione fisiologica nella cavità), provocava, senza la contemporanea azione della digitale, un aumento del tono dei ventricoli.

Anche nel muscolo cardiaco la cocaina, paralizzando le estremità propriocettive, fa scomparire l'aumento di tono provocato dallo stimolo meccanico in soluzione digitalica (v. fig. 1).

L'effetto sensibilizzante che, come si è visto, le soluzioni digitaliche esercitano sul riflesso in questione chiarisce molto bene il modo di azione del farmaco. Il fatto che le striscie ventricolari escisse e stimolate meccanicamente mentre sono immerse in soluzione digitalica, non subiscono alcuna alterazione di tono, esclude senz'altro la ipotesi di un'azione diretta del farmaco sulla sostanza muscolare. Neppure si può pensare che la digitale ecciti direttamente le vie nervose, per le quali avviene il riflesso perchè le striscie miocardiche immerse in soluzioni digitaliche anche concentrate, non subiscono alcuna alterazione di tono se non quando vengono stimolate meccanicamente. Resta perciò soltanto l'ipotesi che la digitale sensibilizzi le vie nervose per le quali avviene il riflesso agli stimoli meccanici; la digitale eserciterebbe dunque sul muscolo cardiaco un'azione identica a quella esercitata dalla stricnina sui muscoli scheletrici. POLLITZER.

CHIRURGIA.

Osservazioni sulla tecnica delle trasfusioni di sangue.

(J. M. GRAHAM. *Edinburgh medical Journal*, dicembre 1919).

Il metodo di cucire direttamente un'arteria del donatore ad una vena del ricevente serve bene a far passare il sangue da un'individuo a un altro; esso ha per condizione la esattezza della sutura vascolare. Seguendo la tecnica di Carrel e Guthrie l'A. ha fatto delle esperineze, durante le quali ha potuto persuadersi della relativa facilità di ottenere successi nel suturare capo a capo arterie di egual calibro. E' anche riuscito a cucire in un cane il capo centrale della carotide al capo periferico della vena giugulare, sebbene il calibro dei due vasi non fosse eguale. La diseguaglianza dei vasi è compensabile prendendo in ciascun punto della sutura una quantità minore del vaso più piccolo, una quantità maggiore del vaso più grande così che, equabilmente distribuendo la differenza su tutta la periferia della sutura, questa riesce sufficientemente esatta per consentire che il sangue non coaguli nè filtri attraverso i punti.

L'esperienza acquistata nelle suture vasali negli animali non ha però fatto sembrare all'A. che il metodo della sutura fosse applicabile per le trasfusioni di sangue da uomo a uomo. In tal caso la difficoltà non è nella sutura in sè, ma nel fatto che gli arti dei soggetti tra i quali deve avvenire lo scambio del sangue debbono esser tenuti così vicini che il necessario lavoro di sutura riesce molto scomodo.

Per lo stesso motivo sono sembrate scomode le trasfusioni eseguite coi tubetti di Crile. Come è noto, questo A. ha usato dei tubi entro i quali viene fatta entrare l'arteria del donatore la quale poi viene arrovesciata e legata sul tubo. Allora introducendo in una vena del ricevente l'estremo del tubetto sul quale è rovesciata l'arteria, il sangue passa da un soggetto all'altro rimanendo sempre a contatto di pareti tappezzate da intima normale. Teoricamente il processo non presenta inconvenienti, ma effettivamente è difficile evitare che i vasi subiscano piegature o stiramenti e questi possono far mancare il successo.

L'A. ha cercato perciò sperimentalmente un mezzo per eseguire la trasfusione diretta con mezzi che lasciassero tra gli arti dei pazienti uno spazio maggiore di quello consentito dalle suture e dai tubi di Crile. Numerosi sperimenti avevano già provato che è possibile trasfondere una discreta quantità di sangue attraverso tubi preparati semplicemente con un lavaggio di bicarbonato sodico o di citrato sodico. E' necessario però usare un tubo ampio e compiere l'operazione in breve tempo. Diversamente andrebbero le cose operando sull'a. radiale dell'uomo e facendo durar l'operazione mezz'ora o più.

Fu deciso di usare dei tubi lunghi 40-60 mm. e del diametro di 2-3 mm., simili di dimensioni a quelli utilizzabili per l'a. radiale dell'uomo. I tubi furono preventivamente rivestiti di paraffina. Il miglior miscuglio per impedire la coagulazione del sangue apparve il seguente:

Paraffina dura. . . . . 2 parti
Paraffina molle. . . . . 2 parti
Stearina . . . . 1 parte

Del sangue raccolto in un piatto di porcellana rivestito di tale miscuglio rimase fluido per 30'; nei controlli coagulò in 5'. Per assicurarsi della possibilità di usare nell'uomo dei tubi così preparati fu fatto il seguente sperimento. In un cane furono scoperte le due arterie femorali e di ciascuna fu asportato un tratto che fu sostituito con tubo di vetro lungo 40 mm. del diametro di millimetri 3. Uno dei tubi era stato lubrificato con paraffina liquida, l'altro con paraffina dura. La circolazione continuò attraverso il primo tubo per 28', attraverso il secondo per 35'.

La trasfusione arterio-venosa diretta per mezzo di una corta cannula fu fatta dall'A. 21 volte. Nei primi casi furono usate delle cannule di vetro, poi si preferirono cannule metalliche per la ragione che è più agevole foggiarle in modo da avere agli estremi due bulbi sui quali legare i vasi. I bulbi si possono formare anche agli estremi di una cannula di vetro, ma allora il calibro non sarebbe più uniforme.

Nel donatore fu scelta l'a. radiale sinistra; nel ricevente una qualunque delle vene superficiali dell'avambraccio sinistro. Nei casi di anemia acuta è di solito facile trovar una vena capace di accogliere la cannula; ma nelle anemie croniche, specialmente in quelle perniciose, la ricerca di una vena adatta è spesso difficile. Si son dovute usare talora la vena mediana cefalica o la mediana basilica o il tronco stesso della basilica e perfino la vena giugulare esterna.

Per l'anestesia fu usata la novocaina senza aggiunta di adrenalina. Si è notato che le sostanze vasocostrittrici diminuiscono considerevolmente la quantità di sangue fornita dall'arteria.

E' preferibile preparare prima la vena del ricevente e poi l'arteria del donatore. La vena viene scoperta e isolata per un breve tratto; alla sua porzione periferica si pone una legatura e, con una piccola forbice, si fa un'incisione a V nella quale si introduce la cannula e la si fissa con una legatura. Poi sull'arteria si applica perifericamente una legatura e centralmente un angiostato. Tra i due si seziona l'arteria o vi si fa semplicemente un taglio longitudinale. I margini del vaso vengono presi con piccole pinze; l'in-

terno del vaso viene lavato con soluzione fisiologica e lubrificato con paraffina liquida; infine, dopo aver riempito la cannula di soluzione fisiologica, si opera la congiunzione con l'arteria.

Tolto l'angiostato, la vena si gonfia e pulsa: la trasfusione ha luogo. Non occorre far altro che mantenere a contatto gli arti dei pazienti. Poichè non è possibile apprezzare la quantità di sangue trasfuso, l'operazione si arresta quando il ricevente ha perduto l'aspetto anemico o quando il donatore mostra segni di anemia. Ordinariamente ciò avviene prima che il sangue abbia coagulato nella cannula; ma, se ciò avvenisse intempestivamente, si potrebbe ancora applicare gli angiostati, togliere la cannula, lavare i vasi, lubrificarli e riprendere l'operazione con una nuova cannula.

In tutti i 21 casi si è trovato che la trasfusione può esser compiuta speditamente e senza inconvenienti dovuti ad embolie di gas o di coaguli. L'unica obbiezione che si può muovere a questo processo è relativa al sacrificio dell'a. radiale del donatore. Questo sacrificio sarebbe evitabile prendendo il sangue da una vena del donatore affrontando direttamene l'intima delle vene dei due soggetti con l'apparecchio di Soresi. Ma, poichè, durante l'operazione, manca il controllo delle pulsazioni e non si può sapere se il sangue fluisca, sembra all'a. che alla trasfusione diretta da vena a vena sia preferibile la trasfusione per mezzo di siringa.

Questo metodo fu usato otto volte. Esso è quanto mai semplice poichè non richiede altro che siringhe e aghi lubrificati con vasellina. È bene avere un ago-cannula per la vena del ricevente e un ago per la vena del donatore. A ciascuno si unisce un tubicino di gomma, anch'esso lubrificato, schiacciando il quale si impedisce che, nell'inserire o nel togliere la siringa, vada perduto un po' di sangue. La siringa (Record da 20 cmc.) viene innestata nel tubo di gomma dell'ago del donatore e si aspira il sangue. Poi, mentre si riempie una seconda siringa, la prima viene vuotata nella vena del ricevente. L'operazione procede speditamente senza pericoli.

Essa ha il vantaggio di permettere l'esatta misura della quantità di sangue trasfuso; fatto che ha importanza specialmente per i bambini.

Nei bambini è quasi impossibile iniettare sangue nelle vene senza fare incisioni cutanee. E' in essi vantaggioso iniettare nel seno longitudinale seguendo un metodo già usato da Marfan per fare iniezioni intravenose di soluzione fisiologica. L'A. ha usato questo metodo sei volte. Il seno è profondo da 2 a 5 mm. e ha un lume variabile da 4 a 7 mm. così che è facile penetrarvi. L'ago usato dall'A. è lungo 40 mm., ha un diametro di mm. 1,25 e la sua punta, lunga mm. 1,25, è tagliata a 45°. Esso viene congiunto alla siringa di Record con un tubo di gomma lungo 20 cm. e il tutto, prima dell'uso, viene lubrificato con olio di vasellina.

Come donatrice viene scelta la madre, essendo, secondo gli studi di Sydenstricker, tutti bambini fino all'età di 2 anni dello stesso gruppo ematologico al quale appartiene la madre.

L'ago viene infilato con una obliquità di 50°-60° attraverso una fontanella e, dopo che l'uscita di qualche goccia di sangue ha provato che si è penetrati nel seno, si può fare l'iniezione.

Un mezzo ancor più spedito di far le trasfusioni per mezzo della siringa si ottiene collegando per mezzo di un robinetto a tre vie la siringa, il tubo che preleva il sangue dal donatore e quello che lo versa nel ricevente. In tal modo è riuscito all'A. di trasfondere quantità di sangue che in alcuni casi hanno raggiunto 900 cmc. Questo metodo fu usato tre volte e in nessun caso si ebbero inconvenienti.

L'impiego dei sali alcalini come mezzo per ritardare la coagulazione del sangue era stato trovato efficace dai fisiologi già da parecchi anni. Si erano usati l'ossalato, il fosfato e il citrato di sodio. Tuttavia le quantità che si ritenevano necessarie erano tali da apparire tossiche se usate nelle trasfusioni e così queste non furono eseguite fino a che Lewisohn non dimostrò che la quantità di citrato occorrente per una trasfusione è, senza disturbo alcuno, tollerabile.

Gli estratti di sanguisuga e l'irudina del commercio potrebbero essere impiegate in luogo del citrato di sodio, ma il loro uso è stato sconsigliato per il fatto che è difficile dosarle e sterilizzarle.

Il metodo del citrato di sodio fu usato dall'A. in 10 casi. La quantità di citrato da aggiungere al sangue fu calcolata partendo dalla considerazione che del sangue contenente il 0,2 % di citrato rimane fluido per alcuni giorni. Si preferì per sicurezza usare una quantità maggiore di citrato. La soluzione isotonica (3,8 %) di citrato sodico, raccomandata da Robertson, è mirabilmente adatta allo scopo. Mescolata nella proporzione di 50 cmc. a 500 cmc. di sangue, darà una mescolanza nella quale il citrato rappresenterà il 3,8 % proporzione più che sufficiente a evitare la coagulazione e insufficiente a produrre alcun fenomeno tossico.

Lewisohn trovò sperimentalmente che la dose tossica di citrato di sodio oscilla tra i 10 e i 15 grammi e ritiene che 5 gr. possano impunemente essere iniettati nell'uomo. Robertson ne ha più volte inietati 6 gr. Si è tuttavia obbiettato che, senza produrre evidenti fenomeni tossici, il citrato sodico possa, almeno per un certo tempo,

abbassare il potere coagùlante del sangue del ricevente. Questo fatto, se vero, sarebbe certo non desiderabile in particolar modo nei pazienti che hanno tendenza a emorragie spontanee. Però esperienze di Luwisohn e Weil e dell'A. hanno dimostrato che, dopo la trasfusione, il tempo richiesto dal sangue per coagulare, invece di essere allungato, è sensibilmente diminuito. Avviene cioè precisamente il contrario di quel che teoricamente si sarebbe ammesso come effetto della mescolanza del citrato iniettato insieme col sangue del donatore.

Se la coagulazione del sangue fosse stata ritardata, il metodo della trafusione di sangue con citrato avrebbe trovato limitazione nei casi nei quali un ritardo nella coagulazione viene considerato come un momento sfavorevole. Ma per rendere incoagulabile il sangue circolante occorre usare una dose di citrato superiore a quella che viene considerata come tossica.

Studi sperimentali di Rous, Turner e Robertson hanno dimostrato che i corpuscoli rossi conservano nel citrato la loro vitalità per lungo tempo, così che, dopo la trasfusione, possono continuare a vivere.

Dopo la trasfusione di sangue citratato, la pressione e le condizioni generali dei pazienti migliorano come dopo una trasfusione di sangue puro. In alcuni casi si è osservato che, dopo qualche minuto, si ha un brivido e una elevazione di temperatura. Questa però dura solamente poche ore e non ha conseguenze spiacevoli ulteriori. L'esperienza fatta durante la guerra ha mostrato la grande efficacia delle trasfusioni con citrato nel combattere i sintomi della anemia acuta e dello shock. Il metodo è raccomandabile per la grande semplicità la quale permette di usare la trasfusione anche mentre si sta eseguendo un'altra operazione. Pazienti che, durante un atto operativo, abbiano perduto molto sangue o presentino una caduta brusca della pressione sanguigna, possono con facilità essere soccorsi subito con una trasfusione di sangue citratato precedentemente preparato. Anche in molte altre condizioni patologiche il metodo al citrato può essere utile; però, secondo alcune osservazioni dell'A., nei casi sui quali, come nell'anemia perniciosa, si vuol determinare oltre un temporaneo miglioramento dell'anemia, un più duraturo effetto terapeutico sul midollo osseo, è preferibile un metodo di trasfusione diretta.

EGIDI.

Pubblicheremo prossimamente:

F. ROSSI, *L'estrazione delle monete dall'esofago sotto il controllo radioscopico in narcosi*;

A. ABRUZZETTI, *La diagnosi di laboratorio nel tifo esantematico*.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 5 marzo 1920.

Sulle alterazioni anatomiche nella così detta encefalite letargica.

G. TAROZZI. — Dalle sue osservazioni sui casi di encefalite letargica occorsi in Modena, l'A. conclude che l'appellativo «letargica» è appropriabile soltanto ad un numero eccezionalmente esiguo di essi.

Si tratta in generale di manifestazioni molto varie, e spesso variamente combinate o succedentisi, di eccitazione, qualche volta con accessi maniaci, spasmi corciformi, paresi, specialmente nell'ambito dei nervi cranici, stato soporoso, o sonnolenza, che possono guarire o passare allo stato comatoso ed all'esito letale. Sempre però si delinea chiaramente una localizzazione ai centri nervosi encefalici. Nei sette casi di cui fu eseguita l'autopsia, si trovarono nell'albero bronchio-polmonare sempre chiaramente evidenti le lesioni proprie della bronco-polmonite influenzale. In un giovinetto di 10 anni, deceduto in terza giornata di malattia con fenomeni di encefalite acuta, e nel quale all'esame macroscopico non si rilevava che iperemia e turgore della mucosa tracheale e bronchiale, ed ai polmoni apparentemente soltanto stato congestivo, all'esame microscopico si trovarono anche nel tessuto polmonare evidenti alterazioni acute bronco-polmonitiche ancora ad uno stadio iniziale, con desquamazione alveolare, edema flogistico ed infiltrazione interstiziale, e piccoli focolai disseminati di infiltrazione parvicellulare peribronchiolare. Negli altri organi dei casi esaminati, più o meno accentuati, i soliti fatti degenerativi degli stati infettivi acuti. All'encefalo in tutti i casi si trovò stato congestivo della massa encefalica e delle pie meningi, e spesso succulenza e stato edematoso. Nel maggior numero dei casi si trovò aumentato il liquido ventricolare. L'aumento di questo liquido era specialmente cospicuo in un caso, deceduto verso il venticinquesimo giorno di malattia, e nel quale sembravano più caratteristici i fenomeni di sonnolenza e di sopore. Il liquido cefalo-rachidiano si trovò sempre limpido e sterile; in due casi soltanto si trovò aumento evidente dei linfociti. In nessun caso si videro emorragie puntiformi nella sostanza cerebrale; solo nelle pie meningi, in qualche caso, oltre all'intensa iperemia, vi era anche suffusione globulare; non mai veri focolai emorragici.

L'esame microscopico rivelò nei centri ner-

vosi le alterazioni caratteristiche della encefalite non suppurativa o irritativa, variamente spiccate e diffuse nei vari casi, ma presenti in tutti. Queste consistono specialmente in infiltrazioni di piccole cellule rotonde, che più specialmente si formano attorno ai piccoli vasi; più attorno alle vene che alle arterie, che ne vengono rivestiti come da un mantello cellulare, variamente spesso; la tunica propria del vaso è generalmente risparmiata, qualche volta anch'essa infiltrata. Infiltrazione di tali piccole cellule si trova anche al di fuori degli spazi perivascolari, in forma disseminata, nella sostanza nervosa. In alcuni casi la infiltrazione è più intensa, e dagli spazi perivasali, specialmente nei vasi più piccoli, si diffonde nel tessuto nervoso circostante; generalmente però la infiltrazione perivasale si mantiene limitata dal tessuto circostante nervoso. Colle colorazioni opportune, specialmente nei casi a decorso non molto rapido, si può mettere in evidenza la presenza di cellule plasmatiche, in numero più o meno abbondante, così nei mantelli perivascolari, come nella sostanza nervosa. Per lo studio delle eventuali alterazioni delle cellule nervose non sono ancora stati messi in opera i metodi all'uopo necessari; per quanto si può desumere dai preparati fin'ora allestiti coi metodi comuni, sembra che non partecipino molto attivamente al processo. Non si incontrarono mai nella sostanza nervosa, almeno nei punti fin'ora esaminati, emorragie puntiformi, nemmeno all'esame microscopico. Le predette alterazioni possono trovarsi in qualunque punto della massa cerebrale; ma sono più frequenti nel ponte, nei penducoli, ed anche nel bulbo; ed in ogni caso sono in queste ultime parti più accentuate. Più specialmente si trovano nella sostanza grigia, ma possono anche incontrarsi al di fuori di questa, nella sostanza bianca. In alcuni dei casi esaminati si trovarono anche attorno ai vasi del midollo spinale. (Si è esaminato per ora soltanto il tratto del midollo cervicale immediatamente al di sotto del bulbo). Per i caratteri delle alterazioni, queste si dimostrano piuttosto come irritative che come infiammatorie, e l'A. pensa che possano essere sufficienti a determinarle azioni tossiche e tossiniche, secondarie alla infezione bronco-polmonare. Le alterazioni istologiche, qualche volta assai cospicue, che si trovano nella sostanza dei centri nervosi, possono anche spiegare come, nei casi che non riescono in breve tempo mortali, o che passano a guarigione, i fenomeni encefalitici possano perdurare e protrarsi per un tempo più o meno lungo, anche quando i fatti polmonari, che spesso passano inavvertiti, siano già inoltrati verso la risoluzione. Ricorda che molte volte l'esame accurato degli organi toracici ha rilevato in malati degenti per encefalite, la esistenza di localizzazioni bronco-polmonari che non si potevano ascrivere a manifestazioni banali secondarie. Le stesse alterazioni istologiche encefaliche trovò anche in due altri casi che erano stati degenti e poi deceduti per bronco-polmonite influenzale, e nei quali si erano contemporaneamente verificate manifestazioni encefalitiche.

L'esame bacteriologico delle localizzazioni bronco-polmonitiche ha dato i soliti reperti della bronco-polmonite influenzale, con assoluta prevalenza di forme diplostreptococciche.

Tenendo conto della coincidenza del quadro clinico della encefalite colle lesioni anatomiche bronco-polmonari proprie della influenza, verificatasi in tutti i suoi casi, e dell'uno e delle altre colle alterazioni trovate, più o meno estese e profonde, nel sistema nervoso centrale, parimenti in tutti i casi, T. inclina a ritenere che la encefalite sia forse da considerarsi ancora come una manifestazione influenzale o coll'influenza in diretta dipendenza, quale già era stata rilevata, ed anche studiata nelle epidemie di influenza passate.

L'A. accenna poi come possano, nei periodi influenzali in cui si presentano più frequenti le manifestazioni encefalitiche, avvenire facili equivoci diagnostici, riportando in proposito l'esempio di un ascesso cronico da otite media, e di una meningite cronica tubercolare con encefalomalacia secondaria, che avevano dato luogo al sospetto diagnostico di « encefalite letargica ».

R. SIMONINI.

Società Medico-Chirurgica Anconitana.

Riunione del 23 marzo 1920

Osservazioni cliniche e reperti anatomo-patologici della encefalite infettiva.

Prof. G. MODENA. — L'encefalite infettiva ha aperto un largo campo di osservazioni e di ricerche ai neurologi e i numerosi contributi che si leggono nei giornali medici daranno modo di costituire nettamente una precisa descrizione di questa malattia interessante e porteranno qualche sicuro progresso alla conoscenza della fisiopatologia cerebrale e della anatomia patologica del sistema nervoso.

Come l'O. ha rilevato nella precendente relazione (3 gennaio 1920) la sintomatologia è polimorfa e la più varia combinazone di sintomi può mettere a prova la perspicacia del medico. Nessun sintomo è rigorosamente caratteristico: neppure le paralisi oculari che l'O. riteneva frequenti dall'esame dei primi casi descritti. La casistica personale di circa 60 casi, osservati parte in Ancona e parte nella provincia per la cortese indicazione dei colleghi che vivamente ringrazia,

è la più varia sia per le manifestazioni, sia per il decorso e l'esito.

Non è possibile riassumere anche brevemente i casi studiati: l'O. crede opportuno accennare ad un caso di encefalite con glicosuria in cui la diagnosi differenziale col diabete si presentava difficile e di cui il decorso confermò l'origine encefalitica: ed un caso di fenomenologia cerebellare in un bambino in cui la successiva comparsa dei fenomeni oculari permise la diagnosi confermata dal decorso.

Dalle osservazioni dell'O. risulta:

1° Il polimorfismo sintomatologico è la conferma alla distinzione che l'O. ha fatto nella prima comunicazione di « forme letargiche » e di forme « eretistiche ».

2° La più grande irregolarità di decorso: accanto a forme lievi ambulatorie (forse fra queste devono essere compresi anche i casi di singhiozzo epidemico osservati in Ancona nel novembre e decembre scorso), vi sono forme a decorso subacuto e a decorso acuto ed esito rapidamente letale. Non vi è alcun fenomeno che dia particolare criterio prognostico: forme lievi da principio, sono trasformate in forme gravi e in malati senza febbre si è avuto esito rapidamente infausto. Ciò è spiegato dalla diversa localizzazione del processo che talora interessa centri vitali interrompendone la funzione. La prognosi deve essere riservata anche *quoad valetudinem*: accenna ad un caso osservato nel febbraio 1919, rivisitato recentemente per la permanenza di uno stato di indebolimento psichico.

3° Il rapporto fra epidemia di encefalite e epidemia di influenza. Secondo l'Economo dovrebbero essere distinti i casi di encefalite primitiva da quelli consecutivi ad influenza nei quali egli avrebbe anche trovato differenze anatomiche. Non ha rapporti anatomici per confermare o meno questa affermazione: però dal punto di vista clinico non vi è alcuna differenza: vi sono casi di encefalite che presentano durante il decorso manifestazioni polmonari e sintomi influenzali e vi sono casi di influenza che possono poi dar luogo a manifestazioni encefalitiche. Dopo l'influenza sono pertanto frequenti gli stati astenici e gli stati amenziali: frequenti poi le nevralgie del 5° paio.

4° La non contagiosità della malattia che è però epidemica ed infettiva.

5° I disturbi psichici talora associati ad altri talora invece predominanti si da rendere difficile l'assistenza in casa e da obbligare i parenti a chiedere l'internamento. Di questi casi l'O. si propone di occuparsi in altro lavoro. Egli distingue i seguenti tipi principali.

a) Reverie durante lo stato letargico: il p. sogna parlando. Si nota il variare dei discorsi le associazioni libere, l'influenza di agenti esterni lievi, l'interruzione del risveglio;

b) Stati catalettici e catatonici con torpore e rallentamento endo-psichico. Frequente, almeno nei casi dall'O. osservati nelle bambine e nelle donne;

c) Delirio a tipo professionale il più comune ed insistente;

d) Stati allucinatori, piuttosto rari nei casi dell'O.

e) Disturbi di coscienza: stati crepuscolari e di disorientamento per lo più passeggeri;

f) Stati amenziali veri con delirio, incoscienza grave, disordine nel contegno e negli atti. Questi offrono ragioni di ritenere più grave la prognosi.

L'O. riassume poi alcune vedute sul fenomeno del sonno. Accenna alle ipotesi del Mauthner e alle idee espresse dall'Economo, riassume le geniali vedute in proposito del Fragnito col quale conviene nelle conclusioni. Nel mesencefalo, senza esserci un centro del sonno inteso nel modo schematico vi sono certamente quei nuclei e quelle vie che presiedono ai movimenti più attivi e comuni della veglia: il sonno è fenomeno negativo, ma è ovvio pensare (e a questo concetto concorrono elementi filogenetici, anatomici ed anatomo patologici) che nel mesencefalo si raccolgono le vie associative che predispongono al sonno.

Anatomia patologica. — I casi seguiti da autopsia sono tre: Una donna di Ancona di 52 anni, una di Iesi di 30 anni, un uomo di Iesi di 42 anni, il primo con decorso acuto: il secondo e il terzo con decorso subacuto.

I reperti principali che verranno descritti particolarmente in seguito possono essere riassunti:

La lesione è diffusa e globale nell'encefalo, in tutti e tre i casi, ma vi sono particolari e diverse localizzazioni di maggiore intensità. Interessa prevalentemente i vasi che sono tutti più o meno circondati da un manicotto perivasale di neoformazione.

Le alterazioni degenerative (conseguenti alla insufficiente irrorazione sanguigna sono diffuse, ma più intense nel parenchima (poliencefalite), caratterizzata da neurofagia, cellule satelliti numerose, prodotti di disentegrazione cellulare (metacromatici) cellule amoeboidi aumento di neurologia, corpi amiloidi, degenerazione grassa cellulare).

Le cellule nervose presentano più o meno cromatolisi intensa. Presentano il reticolo neurofibrillare conservato, ma alterato nella struttura talora frammentato, lacunare, spesso coagulato e affastellato.

L'O. ha rilevato alcuni corpi inclusi endocellulari in uno dei casi, ma in poco cellule.

In complesso quindi periarterite e periflebite

proliferativa con alterazioni distruttive e disentegrative del tessuto nervoso prevalentemente della sostanza grigia. Il quadro anatomo-istopatologico assomiglia al cimurro nervoso dei cani (Corletti) e alla malattia di Borna dei cavalli (Piletti). Le ricerche istologiche, specialmente del 3º caso non sono complete.

Le alterazioni vasali sono le più importanti e l'O. ammette che il polimorfismo dei sintomi, la variabile intensità e completezza di questi siano pienamente spiegati dal reperto anatomo patologico: la insufficiente irrorazione dei territori e la facile costituzione di circoli collaterali, giustificano il variare di intensità e di distribuzione di essi, spiegano la più rapida e facile disentegrazione negli elementi nervosi della sostanza grigia che è più labile e risente più rapidamente delle alterazioni di circolo.

Sopra un voluminoso polipo naso faringeo.

Dott. RECANATESI. — L'O. riferisce sopra un caso di un grossissimo polipo naso faringeo che impiantatosi nel contorno delle coane e sotto la coda del turbinato medio a sinistra, riempiva tutto il cavo naso faringeo, scendeva in basso al disotto del velo pendolo fino nell'ipofaringe per almeno cinque centimetri. Il tumore si poteva facilmente tirare nella cavità orale dove era anche spontaneamente cacciato con le profonde espirazioni raggiungendo liberamente il terzo anteriore della lingua.

Riferisce la storia clinica del caso, discute i diversi metodi operativi e quello da lui seguito nella estrazione del tumore.

Il caso è importante per l'enorme volume del polipo, pel metodo operativo seguito avendo l'O. praticata l'estirpazione con le dita e per la forma del tumore, che, mentre nella porzione alta riproduceva la forma del rinofaringe, nella parte protendente al disotto del velo aveva forma cilindrica in rapporto all'azione continua dei muscoli costrittori del faringe.

Mostra il tumore estratto e fotografie del malato.

Valore diagnostico e prognostico della linfocitosi nel liquido cerebro-spinale.

Dott. VISSANI. — L'O. ricorda in proposito le cose più importanti sopra questo argomento, insistendo nel concetto che la linfocitosi non è patognomica della meningite tubercolare, ma rappresenta la formula di molti stati irritativi delle meningi durante infezioni svariate, come ad es., nelle forme sifilitiche del sistema nervoso e nelle infezioni lente che per lo più volgono a guarigione non esclusa tra queste la meningite cerebro-spinale.

Riferisce un caso clinico, capitato alla sua osservazione nell'Ospedale Civile per venire alla conclusione che il medico deve basare la sua diagnosi non sopra un dato solo di laboratorio, ma sopra tutto l'insieme clinico.

SALVOLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi differenziale dell'ulcera gastrica.

La diagnosi di ulcera gastrica, che veniva fatta con grande frequenza negli ultimi anni, basandosi sui soli dati anamnestici e clinici, si è ora fatta più rara, grazie ai nuovi e più precisi metodi d'indagine.

Le condizioni, che più frequentemente possono simulare l'ulcera gastrica, sono le seguenti: (Cheney. *Journ. of Am. med. Assoc.* 1919, n. 13).

Appendicite cronica. — L'ammalato si presenta spesso accusando disturbi di stomaco: il medico trova spesso pilorospasmo ed ipercloridria. L'anamnesi accurata però rivela l'esistenza di dolori a destra dell'addome, con stitichezza o crisi di diarrea. L'esame radiografico risulta negativo per l'ulcera, mentre quello fluoroscopico indica ristagno nel cieco e nell'appendice, con fissazione del cieco alle pareti addominali.

Colecistite cronica. — L'errore è ancor più facile, specialmente se manca l'itterizia, perchè l'ammalato riferisce allo stomaco le sensazioni dolorose, e quelle di pienezza e di distensione.

La palpazione, che dimostri esagerata sensibilità della regione biliare, può facilitare la diagnosi. Il miglior soccorso è dato però dalla radiografia, che esclude la presenza di ulcera e mostra la cistifellea ingrandita e lo stomaco stirato a destra per aderenze dovute a pericolecistite.

Gastroptosi. — Anche in questo caso i disturbi accusati dal malato sono assai simili a quelli dell'ulcera, mentre esiste spesso ipercloridria.

Anche qui la radiografia esclude la presenza di ulcere, e rivela la gastroptosi, condizione che è assai più frequente di quanto si creda.

La terapia, per mezzo di un apparecchio che tenga in alto lo stomaco, conferma pure la diagnosi; del resto è probabile che molti casi ritenuti dapprima ulcera fossero gastroptosi, anche perchè la cura applicata a quella (riposo e dieta lattea) è confacente anche per questa.

Carcinoma gastrico. — Specialmente quando si stabilisce sopra un'ulcera pregressa, può aversi acidità normale o quasi. La radiografia allora toglierà ogni dubbio.

Crisi gastriche (tabe). — L'esame radiografico negativo, i dati anamnestici, l'alterazione dei riflessi, porteranno alla diagnosi esatta.

Altre condizioni possono simulare l'ulcera gastrica, anche per l'ipercloridria riflessa che determinano: fra esse si possono ricordare le piccole ernie addominali, le infiammazioni della pelvi, le aderenze peritoneali, le neurosi gastriche, i parassiti intestinali. *fil.*

La resezione delle ulcere gastriche.

Il trattamento chirurgico delle ulceri gastriche è indicato: *a*) quando le crisi dolorose sono intense e recidivanti; *b*) quando le emorragie sono inquietanti, sia perchè si tratta di notevoli ematemesi a ripetizione, sia per il continuo gemizio (rivelato solo dall'esame delle feci) che finisce per anemizzare l'ammalato; *c*) quando si ha ragione di temere una perforazione, limitata da aderenze ed infettante: le perforazioni brusche esigono da altra parte l'intervento immediato; *d*) quando lo sviluppo di un indurimento doloroso, fa sospettare un'ulcera callosa, che spesso degenera in cancro; *e*) quando si hanno segni di stenosi pilorica.

Oltre a queste indicazioni, la resezione dell'ulcera gastrica è consigliabile a titolo preventivo, per eliminare nell'avvenire i motivi di apprensione, quali l'emorragia, la perforazione, la cancerizzazione.

Carnot (*Paris médical*, 2 dic. 1918), discutendo sulla gastroenterostomia e sull'estirpazione radicale dell'ulcera, conclude che in un gran numero di casi, la prima reca immediato sollievo, sopprimendo i dolori acuti, migliorando i disturbi da stenosi, diminuendo la probabilità di complicazioni ulteriori.

Persistono però disturbi digestivi di origine diversa; inoltre l'individuo non è completamente protetto dall'emorragia, dalla perforazione, nè dalla cancerizzazione, che resta la spada di Damocle sospesa sul suo capo. La resezione con gastroenterostomia, invece fornisce una sicurezza maggiore, sebbene non assoluta per quanto riguarda la possibilità di evoluzione di altre ulceri, coesistenti o ignorate, o sviluppatesi ulteriormente. Contro questi rischi, d'altra parte poco probabili, se la resezione è fatta bene ed ampia, l'ammalato deve lottare, evitando lo sviluppo del processo ulcerativo, continuando a lungo il trattamento medico ed il regime. *r. s.*

Un'operazione nuova nell'ulcera duodenale e gastrica.

I. S. Horley (*Journ. of Am. med. assoc.* 23 agosto 1919) ritiene che vi sia analogia fra la ragade anale con spasmo dello sfintere e l'ulcera duodenale o gastrica con pilorospasmo. Quindi si dovrebbe in queste excidere l'ulcera e mettere in riposo lo sfintere pilorico, per mezzo di una piloroplastica, senza ricorrere alla gastroenterostomia.

Egli pratica secondo l'asse piloro-duodenale, un'incisione lunga 7-8 cm. che comprende per due terzi lo stomaco e per un terzo il duodeno. La mucosa si inciderà soltanto dopo accurata emostasi dei vasi dello strato muscolo-sieroso. In seguito, si procederà alla excisione dell'ulcera, praticando poi la riunione trasversale della ferita.

Per il fatto che l'incisione non comprende il duodeno che per un terzo, non vi è bisogno di mobilizzarlo, come nelle altre piloroplastie. Siccome poi, la parte media dell'incisione corrisponde allo stomaco, le estremità della sutura trasversale saranno in piena zona sana gastrica, lontane quindi dal tessuto cicatriziale. L'A., dopo aver messo tre fili, per il ravvicinamento trasversale, fa un primo sopraggitto con catgut sulla mucosa, ed un secondo sulla muscolosa.

La forma della nuova regione pilorica sarebbe migliore che con altri processi, evitandosi delle sacche. Dopo qualche settimana, il piloro riprende la sua funzione senza spasmo; il risultato è quindi superiore alla gastroenterostomia.

L'A. riporta la statistica di 11 casi con 2 morti per errori di tecnica; negli altri le condizioni sono state soddisfacenti. *r. s.*

La medicazione gastrica all'agar-gelatina.

Ha le stesse indicazioni che la somministrazione di bismuto o di altre polveri inerti, di proteggere cioè la mucosa gastrica contro l'azione irritante del sacco gastrico. L'azione terapeutica del bismuto, però, è superiore nei casi di notevole ritenzione gastrica, sia per stenosi che per prolungato spasmo.

Si può usare l'agar pure nelle dispepsie iperacide con sacco gastrico molto attivo e con motilità esagerata: si userà invece l'agar-gelatina quando si sospetti l'esistenza di ulcerazioni e di emorragie. La sola gelatina non è consigliabile.

Si fanno sciogliere a caldo 5 gr. di agar in un litro d'acqua: si passa a traverso uno staccio aggiungendo poi 200 gr. di uno sciroppo aromatizzato secondo il gusto del malato. L'agar-gelatina si prepara nello stesso modo con 10 gr. di agar e 40 di gelatina. È necessario tenere poi il preparato al fresco per ritardare la comparsa di muffe. Se ne somministra un cucchiaio abbondante, subito in acqua, od infuso caldo, o, per gli ipercloridrici in acqua di Vichy calda. Per questi ultimi si può aggiungere al preparato, del bicarbonato di sodio o della creta preparata (20-50 gr. per i 1200 di miscela); per i dispeptici con

dolori e spasmo, si aggiungerà laudano o belladonna, o bromuro di sodio, o carbonato di bismuto; quest'ultima miscela è la migliore perchè il bismuto viene fissato dall'agar sulla mucosa.

Per evitare la formazione di muffe o di colture batteriche, sull'agar così preparato, si può fare la prescrizione in cartine di agar polverizzato (10 cg.) mescolato o non a gelatina (40 cg.) od a carbonato di bismuto (1 g.). Si mette il contenuto delle cartine in una tazza d'acqua o di infuso (menta, anice, ecc.) che si lascia bollire per alcuni minuti: si filtra, e, dopo zuccherato, si fa bere al malato.

Si possono cambiare i due metodi del bismuto e dell'agar: il primo per dieci giorni al mese, il secondo per i rimanenti giorni. *fil.*

Nelle crisi gastralgiche.

Laudano goccie XX; estr. di belladonna cg. tre; antipirina g. uno; solfato di sparteina cg. cinque; acqua cmc. 150. Da usarsi per clistere in una sola volta, nelle crisi gastralgiche dell'ulcera.

(Cade e Parturier).

TECNICA.

La ricerca del bacillo di Koch nelle urine.

Oltre alla inoculazione alla cavia, metodo, che esige molto tempo e non è infallibile, Ellermann e Erlandsen hanno proposto un procedimento, che dà risultati positivi nel 90 % dei casi realmente tubercolosi.

Si centrifuga l'orina per 20 minuti; al centrifugato si aggiungono 5-6 cmc. di carbonato di sodio a 1/400, lasciando 24 ore a 37°.

Si centrifuga per altri venti minuti, aggiungendo altri 5-6 cmc. di soluzione di soda caustica a 1/400, portando poi in bagno maria bollente per 5 minuti e centrifugando. Si getta il contenuto del tubo, al cui fondo non deve rimanere nulla; si raschia il fondo con una pipetta, raccogliendo così una goccia di liquido che si deposita sopra un porta oggetti, senza distenderla. Dopo disseccamento si fissa all'alcool-etere, colorando poi con Ziehl per dieci minuti a dolce temperatura. Senza lavare, si passa per due secondi in alcool picrico (alcool a 95°; acido picrico *ana*) poi dieci minuti in alcool cloridrico (alcool assoluto 10 cmc. acido cloridrico gocce 65). Si lava con acqua passando poi per un minuto in alcool picrico, rilavando rapidamente e seccando.

Sul preparato, non si scorgono che pochi granelli di polvere, colorati in giallo dall'acido picrico, sui quali si può mettere a fuoco, ed i bacilli di Koch, che, localizzati in uno spazio ristretto, si troveranno abbastanza rapidamente. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

J. B. HURRY. — *Vicious Circles in Disease.* (J. and A. Churchill. London. Prezzo sc. 15, 1919).

Tutti gli organismi complessi sono forniti di sistemi ed organi tra di loro così strettamente legati da rapporti funzionali, che l'alterazione di uno si ripercuote sinistramente su quello degli altri; non raramente *gli effetti* agiscono di riverbero *come causa* morbosa sull'organo primitivamente malato: è il meccanismo col quale si costituiscono i circoli viziosi, così frequenti e così noti nella medicina-umana, ma pur così frequenti nella vita morbosa degli animali e delle piante.

L'A. con una diligenza ed una sagacia ammirevole raccoglie ed illustra nel libro i principali circoli viziosi, che si costituiscono nelle malattie umane; egli ha cercato nella letteratura tra i migliori scrittori la descrizione del circolo vizioso di cui si occupa; è interessante vedere quanti possono diventare suoi collaboratori utili.

La necessità di rompere una delle maglie del circolo vizioso è scopo della terapia; la lettura piacevole del libro offre il mezzo di riflettere su importanti problemi spesso trascurati.

Edizione molto accurata, veste tipografica elegante. *t. p.*

MAGNUS-ALSLEBEN ERNST. — *Vorlesungen über klinische Propädeutik.* — Un vol. in-8° di circa 300 pag. con figure. I. Springer ed., Berlino. Prezzo marchi 16.

Queste lezioni senza aver la pretesa di trattare a fondo l'argomento, offrono al lettore una veduta d'insieme dei punti più salienti della sintomatologia, della diagnosi e della cura dei diversi gruppi di malattie. Possono quindi costituire una buona guida, per lo studente che si trova per le prime volte in contatto con i malati, ed una breve ricapitolazione per il pratico, a cui sarà utile tenere presente i diversi quadri morbosi che gli si possono presentare. L'uno e l'altro potranno poi approfondire le loro conoscenze in proposito, nei grandi trattati e nelle monografie speciali.

Man mano si presenta l'occasione, l'A. espone anche i metodi semejotici di uso corrente in clinica. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

COLTURA SUPERIORE.

Autonomia della odontologia.

In un articolo che vede ora la luce negli « Annali di Odontologia », il prof. A. Chiavaro rileva che esistono, in tutto il mondo civile, per lo studio dell'odontologia, istituti indipendenti dalle Facoltà di medicina e chirurgia. Gli studenti alla fine del corso, che è di diversa durata nelle diverse nazioni, ottengono la laurea in odontoiatria ed in alcune nazioni, solo dopo il controllo di un esame di stato, sono abilitati all'esercizio della specialità.

Da noi invece l'insegnamento della odontologia è incluso fra le materie facoltative d'insegnamento della medicina e chirurgia ed il medico-chirurgo ha il diritto legale dell'esercizio di questa specialità, anche se non ha frequentato il corso facoltativo, per il quale legalmente non è obbligato a sostenere alcun esame, rimanedo libero di esercitare una specialità, che può non conoscere, o che ha appreso più o meno superficialmente.

Intanto il numero degli esercenti l'odontoiatria in Italia è scarsissmo e dovrebbe essere per lo meno quadruplicato, ciò che dimostra come la mancanza di *autonomia* della specialità non è stata in nessun modo fattore di progresso dell'odontologia nazionale.

L'odontologia straniera invece deve alla sua autonomia il rapido e meraviglioso progresso da tutti riconosciuto ed apprezzato.

È necessario ed è giusto — aggiunge il Chiavaro — che anche da noi l'insegnamento dell'odontologia segua il suo progresso ed entri nel suo periodo di autonomia. Questo insegnamento non si può impartire in cinquanta lezioni teorico-pratiche. È necessario un minimo di duemila ore di lavoro al medico-chirurgo o allo studente in medicina che abbia almeno studiato le tre patologie (generale, medica e chirurgica), perchè egli possa in coscienza essere autorizzato ad esercitare la specialità; ma allora egli meriterebbe una laurea speciale, quale riconoscimento del lavoro eseguito e della capacità acquistata.

Il Chiavaro chiede inoltre che col tempo venga legalmente riconosciuto l'ordine degli odontoiatri, e che l'odontoiatria porti il suo autorevole contributo nel seno nel Consiglio superiore della sanità pubblica ed in quello della Pubblica istruzione.

Plaudiamo, con qualche restrizione, al programma formulato dal prof. Chiavaro: esso risponde al poderoso sviluppo assunto dall'odontologia in questi ultimi decenni dal posto che le compete nella società civile moderna.

Cronaca del movimento professionale.

Il 1° Congresso Nazionale per le industrie sanitarie

si è tenuto a Milano dal 18 al 22 aprile.

Per la prima volta in Italia si è riusciti a raccogliere insieme le classi industriali con i rappresentanti della scienza pura e con la presenza delle varie categorie sanitarie, di cui tutte le grandi associazioni (mediche, veterinarie, farmaceutiche) avevano cordialmente aderito ed erano rappresentate.

Nel discorso inaugurale il prof. Bertolazzi espose come sorse e si svolse l'idea prima informatrice del Congresso. Il prof. Valenti di Parma trattò poi su « La necessità della difesa della produzione chimico-farmaceutica nazionale », esponendo la situazione attuale non lieta e gli orientamenti nuovi da eseguire, gli scopi da raggiungere.

Nella prima seduta furono trattati i temi: « Approvvigionamento delle materie prime » (Dalai), « Alcool, solventi in genere, cloruro di sodio, ecc. in rapporto coll'attuale regime fiscale » (Zanoni, Inverni), « I farmaci sintetici ed i doppioni » (Contardi), « La purezza dei farmaci » (Casanova), « Le loro sofisticazioni » (Massera). Le discussioni portarono su ciascun tema a conclusioni precise e ad ordini del giorno a cui sarà data grande diffusione e che saranno sottoposti direttamente all'attenzione del Governo, di cui un rappresentante, il prof. Loriga, presenziava alle sedute. Mentre chi rappresentava il mondo scientifico universitario consigliava una data via per la produzione, il Loriga apparve in contrasto con chi esprimeva l'indirizzo direttamente utilitario e forse troppo pratico di un industrialismo, cui il Congresso volle imprimere un indirizzo inspirato dalla scienza e dalle ricerche laboriose per una produzione originale, che si imponga anche fuori d'Italia.

Sulle « Istituzioni di controllo » in linea generale (Coronedi, Ganassini, Pugliese) ed in particolare sull'« Istituto di Farmacologia e Terapia sperimentale con annesso ufficio di controllo » (Piccinini) il dibattito di idee fu vivace; tanto più che ad esso furono portate sia la nota scientifica, intorno a « significati e limiti del controllo fisiologico » (Patta), sia la espressione di alcuni dubbi in rapporto all'interesse industriale » (Maranelli) e la adesione però in massima del mondo chimico e farmaceutico (Rivolta, Assauto).

Le conclusioni, favorevoli al principio generale del controllo sotto il punto di vista chimico, biologico e terapeutico, affermanti però la necessità di uno studio ulteriore della questione, vennero fissate in un ordine del giorno conglobante i vari (di Piccinini, di Inverni, di Assauto) che erano stati proposti, ed inspirato anche direttamente dal presidente della seduta, Valenti.

Affermazione ad un tempo scientifica, patriottica ed industriale si ebbe su due vasti temi, « Le piante medicinali », « Il patrimonio idrologico italiano », ciascuno dei quali a sua volta fu trattato sotto diversi punti di vista, così che dal Congresso risultò la visione completa dei loro multipli aspetti.

Per le piante medicinali venne ricordata l'opera delle Associazioni più importanti (Scarpellini, Cortesi per la « Pro Montibus », Comotti per la « Associazione Italiana piante medicinali ed affini », e si riconobbe « la necessità dei corsi di erboristeria e di diffondere maggiormente la conoscenza delle piante medicinali ed aromatiche » (Pupilli).

Per il patrimonio idrologico italiano, furono prospettati concetti importantissimi, riferentisi

sia alla parte medica scientifica, come alle più urgenti questioni pratiche (Cattaneo, Angela, Violati, Bertoni, Assauto, Piccinini).

Anche la « propaganda », elemento pratico importantissimo per la vitalità e lo sviluppo delle industrie sanitarie, ebbe trattazione.

Speciale sviluppo ebbe poi lo studio dei problemi riguardanti la esportazione (De Mattia, Zanoni) la quale, per ciò che si riferisce alle industrie sanitarie, può essere potentemente appoggiata dai nostri medici all'estero, sui quali in particolare venne richiamata l'attenzione del Congresso (Lucarelli), con proposte opportunissime.

Dei « nuovi concetti scientifici in rapporto alle industrie « alimentari » trattò il prof. Centanni; della « azione degli enti pubblici sulla produzione » dissero i Dr. Motta e Muralti; sull'« avvenire dei prodotti farmaceutici in Italia » presentò una relazione il dott. Morselli.

Sulle industrie che si connettono all'esercizio stomatoiatrico (Brugnatelli), e su nuove industrie sanitarie diverse (Moscatelli, Sigurini, Remartini) il Congresso ebbe relazioni destinate ad aprire nuovi orizzonti e ad alimentare nuove attività, secondo criteri tecnici inspirati dal medico.

In una seduta finale, il prof. Cattaneo esaminò « l'azione della cattedra, dei corpi scientifici, ecc. sulla produzione nazionale », il prof. Piccinini dimostrò la vitale importanza degli « Istituti Scientifici in rapporto con le industrie sanitarie », i dott. Pisani, (Milano) e Federici (Napoli) trattarono ampiamente le ragioni per le quali da una parte i medici italiani dall'altra il Governo debbono proteggere le industrie sanitarie nazionali.

In rapporto al miglioramento tecnico di queste industrie il chimico dott. Inverni trattò delle « Scuole professionali per operai »; e come le nostre industrie sieno capaci di produrre ottimamente, veniva dimostrato dalle relazioni sul vetro neutro (Inverni, Tirelli), sul termometro clinico (Inverni) e sulla industria vetraria in genere (Teixera).

Al chiudersi del Congresso venne nominata una « Commissione permanente » (di scienziati, di sanitari, di industriali) per lo studio ulteriore delle questioni multiple che si erano venute prospettando; alla presidenza di essa venne acclamato il prof. Bertazzoli. Venne designata Parma come sede del Congresso prossimo (1921).

P. PICCININI.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8279) *Pensioni.* — Dall'abbonato n. 74. — Avendo aderito alla Cassa pensioni fin dal suo inizio ha diritto al riscatto gratuito di quindici anni di servizio anteriormente prestati. Per tale ragione Ella può calcolare come utili gli anni di servizio prestati come primario anteriormente alla iscrizione alla Cassa. Con 59 anni di età e 25 di servizio ha diritto senza altro alla pensione senza che occorra la dichiarazione di invalidità. Come libero esercente non si può rimanere iscritto alla Cassa. In caso di invalidità permanente con inabilità al lavoro si ha diritto ad una indennità pagabile una volta tanto e ragguagliata ai due terzi della pensione.

(8280) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. T. da G. V. — Ella ha diritto a L. 100 mensili se ammogliato come indennità caro-viveri in conformità di quanto prescrive l'articolo 1 del D. L. 9 marzo 1919 n. 338.

(8281) *Pensione - Servizio interinale.* — Dottor S. C. da C. — I servizi interinali non sono riscattabili. Essi sono valutati unicamente per accellerare l'acquisto del diritto alla pensione. Occorre però che sieno pagati i consueti contributi. Il servizio militare non è valutato per il doppio della sua durata agli effetti della pensione.

(8282) *Aumento stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da U. — Il computo da lei fatto per gli assegni che mensilmente le competono è esatto. L'aumento che deve essere apportato sul nuovo stipendio di lire 6400, è composto da lire 1140, 30 % ed altro, da lire 1200, anticipo legge 19 giugno 1919, e 1200 indennità caro-viveri D. L. del 9 marzo 1919, in tutto lire 3540. A tale cifra bisognerà aggiungere il sessennio già maturato sullo stipendio iniziale non potendosi considerare come aumento di stipendio la maggior somma che gli vien corrisposta per la soppressione della condotta.

(8283) *Documenti di rito - Esumazioni.* — Dott. F. F. da P. in T. — I documenti di rito che debbono essere presentati nei concorsi per nomina a medico condotto sono: il certificato di cittadinanza italiana, il certificato di penalità di data non anteriore a sei mesi avanti l'apertura del concorso e l'atto di nascita. Il certificato di cittadinanza italiana si stende su carta da bollo da cent. 50 dal sindaco ed è vistato dal presidente del Tribunale previa apposizione di una marca amministrativa da lire 1.20. Il certificato di penalità è rilasciato dalla Procura Regia su carta da lire 3.60. Il certificato di nascita è rilasciato dal Comune costa lire 1.10 e deve essere vistato dal Presidente del Trbunale con marca come dal presidente del Tribunale con marca come sopra. Non sono permesse esumazioni che dopo 10 anni. In casi eccezionali di urgente necessità può essere consentito anche prima a seguito di ordinanza del sindaco.

(8284) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. D. M. da C. — Dal momento che durante l'aspettativa il Comune le ha corrisposto l'intero stipendio deve corrisponderle anche tutti gli accessori di esso, e, cioè, anche il caro-viveri.

(8285) *Liquidazione di pensione.* — Dott. abbonato 2424. — Allorchè sarà terminato il mese di congedo ordinario, di cui attualmente usufruisce, deve riprendere servizio, sempre che sia in condizione di salute tale da poterlo fare. Nel caso che non sia in grado di far servizio, potrà chiedere o l'aspettativa per ragione di salute od un congedo straordinario per infermità. Durante il decorso della aspettativa o del congedo, potrà ammanire i documenti necessari per la liquidazione della pensione.

Doctor JUSTITIA.

All'abb. n. 1302: Per ora non è stato bandito nessun concorso per posto di medico di reparto delle linee ferroviarie della provincia di Lecce. Il *Policlinico* non mancherà di darne tempestivamente notizia.

dr.

CONDOTTE E CONCORSI.

PARENZO (*Istria*). — 2° medico comunale; lire 3600 e sei quinquenni di L. 400; separato indennizzo d'alloggio e di sussidi caroviveri. Scad. 25 maggio. Istanze al protocollo esibiti. Impegnativa di assumere servizio entro 15 giorni dall'intimazione del decreto di nomina.

PORTOGRUARO (*Venezia*). — A tutto 31 maggio tre condotte per i poveri; L. 6000 e tre quinquenni del decimo; L. 1500 per mezzi di trasporto; per la condotta di Giussago L. 1000 e per quella di Lison L. 800, per disagiata residenza; indennità di caro-viveri. Rivolgersi ufficio di segreteria.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª condotta residenziale. Scad. 10 giugno. L. 6000 lorde e quattro quinquenni di L. 600; il comune provvede al mezzo di trasporto, all'assicuraz. ecc. Servizio entro un mese.

Medico-chirurgo, laureato da oltre cinque anni, serie referenze, cercherebbe sistemarsi cittadina di mare, preferibilmente fornita di ospedale. Inviare proposte Servadio, via Torino 53, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Al prof. Carlo Basile è stato assegnato il diploma in medicina tropicale dalla London School of Tropical Medicine; in seguito ad esami (sostenuti al Royal College of Phisicians and Surgeons in Londra) egli ha conseguito anche il titolo accademico di Doctor Tropical Medicine (D. T. M.) che nel campo della Patologia tropicale è il titolo più quotato in Inghilterra.

Rallegramenti cordiali.

ALBO D'ORO.

Il dott. Clemente Santillo da Casapulla (Caserta) è stato insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia per speciali benemerenze acquistate in dipendenza del periodo della guerra 1915-1918.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'Opera Nazionale degli Invalidi di Guerra.

Con recente decreto reale sono state assegnate L. 4.200.000 per maggiore contributo all'Opera nazionale degli invalidi di guerra.

Nella stampa medica.

Si è iniziata a Napoli la pubblicazione di un « Archivio generale di Neurologia e Psichiatria » trasformazione del vecchio « Manicomio ». Si propone il compito di diffondere in Italia ed all'Estero i lavori italiani compiuti nei campi della biopatologia nervosa e mentale, di fornire un valido aiuto agli studiosi di queste branche speciali e di servire come organo di informazioni.

Esce in ricchi fascicoli trimestrali. Risulta di una sezione di lavori originali ed una di recensioni.

Ne è fondatore M. Levi Bianchini (Nocera Supriore); ne sono direttori G. Antonini, C. Colucci, S. De Sanctis, E. La Pegna, E. Meda, G. Mingazzini, G. Modena, D. Ventra, L. Zanon Dal Bo; l'archivio vanta, inoltre, un valoroso corpo di redazione.

Auguri di fortunata vita.

Una conferenza.

Il dott. W. Kopaczeroski, dell'Istituto Pasteur di Parigi, ha tenuto il 30 aprile, nell'anfiteatro dell'Istituto d'igiene dell'Università di Roma, una conferenza « sulla concezione fisica dell'anafilassi ».

Egli ha riassunto e lumeggiato le proprie ricerche già pubblicate nei *Comptes Rendus* della *Société de Biologie* e dell'*Académie de Médicine* di Parigi.

Speciale interesse hanno destato le sue deduzioni terapeutiche, suffragate da prove sperimentali eseguite a mezzo di oleato sodico, sali sodici di acidi biliari, saponina, ecc. sostanze che abbassano la tensione superficiale e modificano la carica elettrica dei colloidi del plasma sanguigno.

La Società belga di Medicina mentale.

La *Società belga di medicina mentale* celebrerà nei giorni 25 e 26 settembre prossimo il 50° anno della sua fondazione con un Congresso indetto a Gand e a Bruxelles.

Sono state invitate le società consorelle dei paesi alleati: per l'Italia la Società freniatrica italiana, presieduta dal Morselli, ha ricevuto un caloroso invito, affinchè gli alienisti italiani vogliano concorrere numerosi a quel Giubileo.

Saranno bene accette le comunicazioni scientifiche. È fatta preghiera di annunziare i titoli di esse ed i nomi dei disserenti, prima del prossimo giugno, alla Segreteria della Società (*Colonie des Aliénés*, Lierneux, Bruxelles).

Aumento di prezzo dei giornali medici francesi.

A causa dei fortissimi rincari prodottosi anche in Francia nel costo della carta e della mano d'opera tipografica, parecchi periodici francesi di medicina sono stati costretti ad elevare, nel corso dell'anno, il prezzo d'abbonamento: così *La Presse Médicale* lo ha portato ultimamente da fr.20 a fr. 30 per la Francia, da fr. 25 a fr. 40 per l'estero; il *Journal des Praticiens* da fr. 15 a fr. 24 per la Francia, da fr. 20 a fr. 30 per l'estero.

Il 6 marzo è morto il prof. MAX FÜRBRINGER, l'anatomico di Heidelberg, allievo e successore di Carlo Gegenbaur.

Aveva continuato il metodo comparativo nello studio e nell'interpretazione dell'anatomia umana. La sua opera fondamentale è sulla morfologia degli uccelli. Dopo Cuvier, nessuno aveva fatto compiere progressi così notevoli all'anatomia comparata. Ha fatto epoca il suo lavoro sui nervi spinooccipitali: egli vi esamina a fondo il problema dell'origine dei nervi cerebrali e spinali e porta un appoggio valido alla dottrina metamerica. *R.*

È morto, d'influenza, il dott. WALTER GEORGI, assitente all'Istituto serologico di Francoforte sul Meno.

Brillante promessa della scienza, il suo nome era già legato alla reazione di Sachs-Georgi.

Rassegna della stampa medica.

Arch. p. le Sc. Med., 5-6. SAPEGNO: Caso raro di alterazione dei capillari portali. — BUSINCO: L'infarto necrobiotico settico del polmone. — AZZI: Temperatura dell'aria espirata nei febbricitanti.

Brit. Med. Journ., 8 feb. ELLIOT: La diagnosi del glaucoma. — GOW: Proteinoterapia endovenosa.

New York St. Journ. Med., feb. VOORHEES: Il significato auricolare della vertigine.

Berl. Klin. Wochens., 1 mar. KLOSE: Le infiammazioni acute del gozzo.

Wien. Klin. Wochens., 19 feb. DIRNITZ: Esplosione di malattie coreiformi gravi. — URBANTSCHITSCH: Paresi di muscoli oculari nell'influenza e nell'encefalite letargica.

Morgagni (Arch.), 31 gen. FRANCINI: Il tetano anomalo nei «profilassati».

Pediatria, 1 mar. DI GIORGIO: Siringomielia nell'infanzia.

Radiol. Med., gen.-feb. ALESSANDRINI: Il quadro radiologico della tubercolosi polmonare.

New York Med. Journ., 31 gen. WORBARST: Contraddizioni nella Wassermann dal punto di vista clinico.

Münch Mediz. Wochens., 27 feb. HEUBSCHMANN: La reazione flocculare nella diagnosi della lue. — KÜHN: L'acido salicilico nel trattamento dei tubercolosi. — ZONDEK: Termometria profonda.

Gaz. d. Hôp., 28 feb. BENSAUDE e ANTOINE: Le coliti e le rettocoliti gravi non dissenteriche.

Chirurgia Org. d. Movim., feb. VERNONI: Paralisi del radiale da neurite apoplettiforme. — PUTTI: Paralisi bilaterale recidivante del radiale. — PIROTTI: Linfangioma della coscia destra.

Studium, 20 feb. BIANCHI: Le mesencefaliti. L'encefalite letargica o polio-mesencefalite.

Riforma Stomatolog., 2. BERNABEO: Serramento delle mascelle e sua cura. — CHIAROLANZA: Trattamento chirurgico delle cicatrici della faccia e del collo. — MARCHESE: Carie acutissima.

Paris Méd., 28 feb. MAUCLAIRE: Innesti adiposi e sero-adiposi epiploici. — VANDREMER: La marcia del tifo esantematico.

Med. Record, 17 gen. FISHBERG: Trabocchetti diagnostici nella tubercolosi polmonare. — LAVESON: Caduta della memoria.

Amer. Journ. Med. Sciences, feb. BASKES, CROSS e IRWIN: L'encefalite e forme affini epidemiche. — DUBIN e LEWI: Preparazione di una vitamina stabile.

Journ. experim. Medic., feb. FLEANE e AMOSS: Esperimenti di contagio della poliomielite per la via nasale. — LAWSON: Migrazioni e fissazione delle semilune. — NOGUCHI: Eziologia della febbre gialla.

Bull. Ac. de Méd., 17 gen. BALTHAZARD e PIÉDELIÈVRE: Morte del feto da sommersione intrauterina.

L'Encéphale, 10 feb. CLAUDE e LHERMITTE: Leucoencefalite subacuta a focolai successivi.

Sanidad y Benef., gen.-mar. LOPEZ DEL VALLE: Campagna sanitaria contro l'epidemia d'influenza in Avana.

Medicina Ibera, 14 feb. SANZ: Psicastemia e vita interiore.

Wien. Klin. Wochens., 11 mar. HAMBURGER: L'ascoltazione orale. — DIRNITZ: Encefalite epidemica coreiforme.

Tubercolosi, gen. MAZZOLINI: Nuovi metodi di diagnosi biologica dell'infezione tubercolare.

Ann. di Clin. Med., 15 mar. IZAR: Uricemia. — CIACCIO: Alimentazioni incomplete. — AMATO: Azione delle sostanze radioattive sui tessuti coltivati in vitro. — PIAZZA: Chemioterapia antitossica; i fenolopoidi.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII *Roma, 24 e 31 Maggio 1920* **Fasc. 21 e 22.**

(Questo fascicolo si pubblica il 10 giugno 1920 a causa di uno sciopero avvenuto nella nostra tipografia).

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Ulteriore contributo alla diagnosi e alla cura medica dell'ascesso epatico dissenterico

(3ª memoria)

per il prof. TOMMASO PONTANO aiuto di clinica, docente di patologia medica.

STUDI RECENTI SULLA PATOGENESI E SULLA CURA DELL'ASCESSO EPATICO DISSENTERICO.

L'ascesso epatico, complicante la dissenteria, è stato, fino a pochi anni fa, considerato come un accidente di pertinenza chirurgica. I progressi terapeutici, che avevano seguito alle nuove conoscenze sulla origine amebica di alcune dissenterie, non avevano avuto eguale ripercussione nel trattamento della complicanza epatica; la *cura specifica* dell'ascesso restava sempre la chirurgica.

Ricordo brevemente: nel 1894 Kruse e Pasquale dimostrarono che col prodotto morboso dell'ascesso epatico, sterile nei riguardi dei germi coltivabili, si poteva riprodurre nei gattini la dissenteria. Nel 1903 Schaudinn fissò i caratteri propri dell'ameba patogena (che egli denominò hystolitica) e la differenziò dalle amebe innocue. L'amoeba hystolitica raramente fu rinvenuta nel prodotto morboso estratto con la puntura esplorativa, ma quasi costantemente sulla parete dell'ascesso aperto dal chirurgo o dall'anatomo patologo; fu suggellato così quello che era stato un sospetto epidemiologico, una incompleta dimostrazione sperimentale.

La cura della dissenteria amebica con l'ipecacuana fu ripresa e sostenuta con calore, su fondamento scientifico, nel 1907 da Rogers; egli estese i buoni effetti del rimedio alla complicanza epatica, limitandola però nettamente a quello stadio particolare che egli stesso denominò *presuppurative stage of amoebic hepatitis*.

Lo stesso Rogers potè meglio consolidare il magnifico edifizio terapeutico quando il Wedder nel 1912 gli fornì, con le sue classiche esperienze sul cloridrato di emetina, l'alcaloide contenuto nell'ipecacuana, il rimedio specifico per la cura dell'amebiasi intestinale. Con tale rimedio, che ovviava alle frequenti intolleranze dell'ipecacuana, i risultati furono brillanti, per rapidità e per costanza, sia nella dissenteria, sia nello stadio presuppurativo dell'epatite amebica.

L'ascesso epatico costituito restava nel dominio chirurgico; fu però notato nel 1913 da Chauffard, da Flandin e Dumas, da Tuffier, da Menetrier e Brodin che l'emetina, quando l'ascesso epatico si era perforato, aveva la virtù di accelerarne la guarigione. *Sull'ascesso epatico costituito, non perforato, non aperto, non vuotato, era opinione comune che l'emetina non avesse efficacia curativa.* Dopter portava un contributo clinico col quale si dimostrava che nell'ascesso epatico costituito l'emetina non esercitava azione decisiva e che essa poteva solo aiutare la guarigione dopo l'evacuazione spontanea o provocata. Dartiguenave nel 914, a commento delle osservazioni raccolte nella sua tesi di dottorato, scriveva: « la cura di questi ascessi solo con l'emetina non ha ancor dato prova indiscutibile della sua efficacia. Noi abbiamo visto al contrario che l'evacuazione fu necessaria, non essendo i malati curati con l'emetina guariti, se non dopo l'operazione, la punzione o la vomica ». L'opinione del mondo medico nel 914 è esattamente riassunta nelle conclusioni del Morestin: « l'impiego dell'emetina può restringere l'azione chirurgica, sostituirsi, aiutarla, completarla, renderla più efficace, *ma l'evacuazione è necessaria e la cura regolare dell'ascesso del fegato resta la chirurgica* ».

Durante la guerra l'ascesso epatico dissenterico ha richiamato l'attenzione per la sua frequenza: da varie parti si sono levate voci isolate ma concordi nell'affermare i vantaggi della terapia emetinica. Cito i nomi di Martinez, Lian, Lyon Caen, Novaes, Mauté, Fiessinger, e Leroy Augé e Brocq, Boidin, Armand Delille, Paisseau e Lemaire, Cros e De Teyssier, Mattei, Job e Spick, Mauriquand, Ravaut e Krolunitski, Faraut, Achard, Ravaut e Charpin, Lafille, Grall, Escomel, Dopter, Carnot e Turquety, Chauffard e Françon, Gaglio, ecc. Una conclusione comune si può ricavare dal lavoro di tutti questi autori: l'emetina ha ragione in pochi giorni delle complicanze epatiche della dissenteria amebica, se si interviene precocemente, allo stadio cioè presuppurativo. Quando *l'ascesso è costituito,* è necessario impiegare ancora l'ematina, *ma contemporaneamente operare o vuotare l'ascesso, o vuotare e lavare la cavità ascessuale.*

Nello stesso tempo accanto a questo tenue contributo casistico di cura medica, è comparsa la pubblicazione di statistiche per numerosi interventi su ascessi epatici costituiti. A malgrado dei resultati, non sempre brillanti per la elevata mortalità, che fanno considerare l'intervento per ascesso epatico una operazione a prognosi sempre riservata, il problema della cura medica eventuale non è preso in considerazione da nessun chirurgo.

Solo un numero limitatissimo di autori, negli ultimi tre anni, ha portato un contributo modesto per numero di casi di *ascessi epatici, controllati con la puntura esplorativa, nei quali la guarigione è stata ottenuta con la sola cura medica.* Ma il resultato concorde non è valso ad infondere la convinzione che la cura chirurgica possa essere sostituita dalla cura medica. Così Augé e Brocq, dopo avere illustrato un caso nel quale la cura emetinica aveva portato la guarigione clinica, in un ascesso epatico dimostrato con la puntura esplorativa, concludevano: « *prima iniezioni di emetina, poi intervento con puntura e con incisione se questa è necessaria* ».

Ravaut e Faraut in un recente lavoro sull'amebiasi così si esprimono: « tale successo terapeutico, a nostro avviso, non può essere ottenuto che in certe condizioni: è necessario che l'ascesso sia relativamente giovane e che sia colpito il momento in cui il parenchima epatico si trasforma in un vera poltiglia purulenta. In questo momento il pus ha dei caratteri speciali, esso è vischioso, molto spesso, si coagula in una massa gelatinosa, ed ha ancora un colore rosso mattone che ricorda esattamente quello del fegato. Più tardi quando la suppurazione ha dato luogo alla formazione di una vasta cavità, con una membrana d'inviluppo, *la cura medica è votata al fallimento sicuro e, senza attendere, è necessario ricorrere al chirurgo.*

Gaglio riconosce che con l'emetina si possono guarire gli ascessi epatici dissenterici piccoli, ma per i grossi ascessi è necessario l'intervento chirurgico. Fr. Françon (1919) in una tesi di dottorato, compilata sotto l'inspirazione di Chauffard, mentre riconosce il valore alto dell'emetina nella epatite acuta, la cui entità anatomica e clinica è sempre mal definita, così conclude: « in casi di accidenti epatici acuti la cura medica non deve mai far differire un intervento chirurgico di necessità, che deve essere praticato subito, quando lo stato generale del soggetto è allarmante, il fegato molto voluminoso, quando v'è infezione secondaria o quando la puntura fa ricavare pus morto. *La cura medica è sempre utile; essa è insufficiente in queste circostanze, ma permette spesso di raffreddare l'ascesso e di preparare il malato per l'intervento.* Si deve ricorrere alla cura medica in presenza di un ascesso con pus rosso e vischioso e con leucociti ben conservati. È indicata la cura medica in casi di recidiva; è l'ultima risorsa quando le forze del malato non possono permetterci il rischio di un atto operativo.

* * *

Il mio primo contributo alla cura medica dell'ascesso epatico dissenterico rimonta al 918; i primi tentativi, fecondi di resultati dimostrativi, al 917. Nel 918 ho potuto pubblicare tre casi di

ascesso epatico amebico guariti con la cura emetinica. Ho aggiunto due nuovi casi nel 919. Riporto le conclusioni alle quali io giungevo: « la terapia emetinica intensa per via sottocutanea deve essere tentata quando la diagnosi di natura (epatite necrotica amebica) sia sicura, anche a raccolta costituita, perchè con la sola cura medica si può avere completamente ragione della localizzazione epatica: la raccolta epatica si riassorbe anche quando germi coltivabili si riscontrano nel prodotto morboso, purchè la loro presenza non valga a modificare le caratteristiche microscopiche ».

Altri cinque malati di ascesso epatico, di cui in quattro la diagnosi è stata convalidata dalla puntura esplorativa, sono stati da me trattati finora. Questi dieci casi personali, nei quali l'effetto della terapia è stato costante, si prestano ad utili considerazioni; i risultati permettono di confermare le conclusioni e le considerazioni sui miei primi contributi, non da tutti accettate; essi si prestano ad utili confronti con i resultati da altri pubblicati. In un problema, nel quale idee aprioristiche e timori esagerati limitano o deviano l'azione del medico, il mezzo decisivo è fornito dai fatti e dall'osservazione accurata: sui fatti, e non sugli apriorismi, la clinica segna la sua via maestra.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Osservazione 1ª. — M... P... soldato, ospedale 0151 Macedonia. Giugno 1917.

È ricoverato in ospedale, perchè da un mese ha crisi di diarrea muco-sanguinolenta, alternate con periodi di relativo benessere. *Esame microscopico delle feci - positivo per l'amoeba hystolitica.*

La febbre, all'osservazione dei primi giorni, presenta il tipo della febbre intermittente: massimo 38,5 minimo 36. Esame del sangue per la malaria, negativo; cura chininica, senza effetto.

Chiamato dal medico del reparto, trovo un soggetto emaciato, che accusa violento dolore all'ipocondrio destro. Il fegato è ingrandito: in alto alla 6ª costola in basso a quattro dita dall'arco costale; dolentissimo; si palpano sfregamenti peritoneali.

Leucocitosi (15000 leucociti). Il resto dell'esame obbiettivo è negativo.

Sospetto un ascesso epatico; non pratico la puntura esplorativa poichè la sede dell'ascesso è nel lobo destro, con estrinsecazione addominale; consiglio la terapia emetinica (15 cg. pro die in fiale da 0-03 ciascuna). Dopo un giorno di cura la febbre cade, rapidamente svanisce il dolore, si dileguano gli sfregamenti peritoneali. In dieci giorni il fegato è ridotto notevolmente di volume, alla palpazione un po' duro, indolente; l'ammalato si rimette rapidamente nello stato generale; dopo un mese di osservazione, le condizioni si mantengono ottime e l'ammalato viene rimpatriato.

Osservazione 2ª. — L... S... soldato, ospedale 0151 Macedonia. Dicembre 1917.

Malato da due mesi con dissenteria. *Esame delle feci - positivo per l'amoeba hystolitica.* Da venti giorni è ricoverato nell'ospedale con febbre intermittente. L'esame del sangue è negativo per la malaria, la cura chininica senza vantaggio.

Chiamato dal medico del reparto, trovo che il malato ha milza ingrossata (deborda un dito dall'arco costale) e il *fegato ingrandito*: posteriormente il margine epatico è all'angolo scapolare inferiore, anteriormente alla 5 costola. In basso sporge dall'arco costale di due dita trasverse, è duro, leggermente dolente. Dolore intenso invece si provoca alla compressione digitale del 7° spazio intercostale lungo l'ascellare media: quivi si pratica una *puntura esplorativa* che dà esito a pus grigio-rossastro.

L'esame microscopico del pus estratto dà: presenza di grande quantità di detrito, emazie, cristalli aghiformi. *La cultura* nei comuni terreni è negativa.

Consiglio la cura emetinica per iniezioni (12 cg. al giorno in fiale da 0,03). La febbre cade il giorno seguente, scompare il dolore in pochi giorni, il fegato si riduce rapidamente di volume.

Richiamato in Italia, ho potuto avere notizie del malato dal dott. Silvestri, che mi aveva sostituito, sulla guarigione completa del malato con la sola cura emetinica.

Osservazione 3ª. — Z... N... anni 41, soldato di artiglieria. Clinica medica di Roma. Aprile 1918.

Non si è mai allontanato da Roma. Dall'agosto 1917 è malato con disturbi intestinali, interpretati come una volgare enterocolite. Dopo tregue di miglioramento e di peggioramento nel marzo 1918 compare sindrome dolorosa all'ipocondrio destro, accompagnata da lieve febbre; nell'aprile è ricoverato in clinica.

Il paziente è molto denutrito, pallido, ha diarrea. L'esame degli organi toracici è negativo, ad eccezione di qualche sfregamento pleurico alla base toracica destra. *Il fegato* giunge in alto al quarto spazio sull'emiclaveare, al quinto spazio sull'ascellare anteriore all'ottava costola lungo la paravertebrale; in basso deborda di quattro dita dall'arco costale, dolente spontaneamente e alla palpazione. Altezza massima del fegato 22 cm. Null'altro di notevole a carico dell'addome.

Apiretico, nelle urine presenza di urobilina, non albumina nè glucosio, negativo il sedimento. *Reazione di Wassermann negativa. Leucocitosi* (19000 leucociti per mmc.), formula leucocitaria 69 % polinucleari, 28 % mononucleari, di cui 24 % linfociti, forme di passaggio 3 %.

Esame delle feci, previo purgante di solfato sodico, *positivo per l'amoeba hystolitica* (forme vegetative e cisti a quattro nuclei).

Con la *puntura* esplorativa praticata posteriormente, in corrispondenza dell'angolo scapolare inferiore, si estrae pus fluido di colorito caffè e latte. *Microscopicamente* il pus si mostra costituito da scarse emazie ben conservate, da numerosi detriti, da qualche corpuscolo bianco mal colorabile, da numerosi cristalli aghiformi.

La cultura in brodo del pus dà rapido sviluppo di un bacillo mobile, che cresce rigogliosamente in agaar, sviluppa gas in agaar glucosato, arrossa il Drigalski e l'Endo, coagula il latte (b. coli).

Si sottopone il malato a conveniente dieta, a clisteri di ipecacuana, a cura emetinica per via intramuscolare (12 cg. al giorno in fiale da 0,04 per tre giorni).

L'ammalato diviene rapidamente anasarcatico; segue dopo pochi giorni un periodo di notevole

poliuria che dura una settimana; scompaiono gli edemi, il fegato si riduce di volume, cessa il dolore, sia spontaneo, sia alla pressione.

In pochi giorni le condizioni del soggetto migliorano, aumenta di 6 chilogr. di peso; i leucociti scendono a 7500; il fegato dopo 20 giorni misura 12 cm. d'altezza. Si rinnova la cura emetinica ogni 20 giorni. Esce dalla clinica guarito il 10 agosto dopo 4 mesi. Fino a pochi mesi fa ho avuto notizia del paziente che sta bene.

Osservazione 4ª. — C... P... anni 28, soldato. Clinica medica di Roma. Dicembre 1919.

Nel 1912 contrasse malattia intestinale in Libia: periodi di diarrea, da allora in poi si sono alternati con lunghe tregue di benessere, tanto che ha potuto prendere parte alla nostra guerra del 1915.

Dopo un periodo di febbre irregolare verso la metà di novembre 1919 cominciò ad accusare dolore al fianco destro, la febbre assunse un tipo continuo remittente. Entra in Clinica il 18 dicembre 1919 in grave stato: deperito, pallido, muscoli ipotrofici, sottocutaneo quasi privo di grasso. Polso 120, temp. 37,7, resp. 36.

Alla base del torace a destra ottusità che giunge un dito sopra l'angolo scapolare, ottusità orizzontale che si continua in avanti con l'ottusità epatica. Il margine polmonare si espande poco, si ascoltano sfregamenti. Il cuore è nei limiti, i toni sono normali, il polso frequente ritmico a pressione bassa. *Il fegato* giunge alla quarta costola sull'emiclaveare, si palpa a quattro dita dall'arco costale sulla stessa linea: margine duro, palpazione dolorosa. Gli altri organi non presentano nulla di notevole. L'ammalato è febbrile, con massimo di 38,4 e minimo di 36, la febbre insorge senza brividi, scende con modico sudore.

Leucocitosi: 11000 leucociti. Formula, Polinucleari 67 %, mononucleari 33 % di cui 23 % linfociti. Esame delle urine negativo. *Reazione di Wassermann negativa*. Radiograficamente la cupola diaframmatica destra giunge alla terza costola, il diaframma nella sua metà destra è immobile. *Esame delle feci*, previa somministrazione di purgante salino, *presenza di cisti a quattro nuclei, non forme vegetative di amoeba hystolitica*.

Puntura esplorativa al 5° spazio sull'ascellare media: si estrae pus color feccia di vino, denso. *Microscopicamente*: detriti cellulari numerosi, scarse emazie, cristalli di acidi grassi, qualche cellula mal colorabile e irriconoscibile, non amebe, non germi. *Cultura negativa*.

Cura emetinica: 12 cg. pro die della soluzione 3 %, un centimetro cubico ogni 6 ore, per tre giorni. Dopo un giorno la temperatura scende a 37,3 dopo 2 giorni apiressia. Cessa il dolore, si sveglia l'appetito, l'ammalato ha senso di vero benessere. Dopo 5 giorni, leucociti 13000, dopo 10 giorni leucociti 9000.

Successive e *ripetute punture esplorative* permettono di estrarre pus fino al 20° giorno: la 6ª puntura al 25° giorno è negativa, la 7ª dopo un mese è egualmente negativa. Il liquido si trasforma successivamente da fortemente ematico, in pus giallo grigiastro, microscopicamente si rinviene sempre detrito cellulare, solo le emazie diminuiscono notevolmente fin dai primi giorni.

Il fegato si riduce progressivamente di volume, sia all'esame semeiologico che al controllo radiologico: dopo un mese la cupola diaframmatica destra è leggermente più sollevata della metà sinistra.

L'altezza massima del fegato dopo un mese e cinque giorni è ridotta a 13 cm.

Esce il 15 marzo completamente guarito e fino ad oggi, da notizie epistolari ricevute, sta bene.

Osservazione 5ª. — T... A... di anni 31, mutilato di guerra. Clinica medica di Roma. Novembre 1918.

Durante la sua degenza per ferite in vari ospedali militari, è stato colpito ripetutamente da coliche addominali febbrili, localizzate all'ipocondrio destro, con vomito, senza diarrea, senza ittero, senza irradiazioni scapolari: aveva una cistite da cateterismi ripetuti.

Verso i primi di novembre 1918 ebbe un dolore alla regione lombare destra, non irradiantesi nè alla spalla, nè alla coscia, nè al testicolo, dolore che si riacutizzava nei profondi atti del respiro. Insorse febbre a carattere continuo-remittente senza brivido, che scendeva con sudore. Entra in clinica il 24 novembre 1918.

Oltre alle mutilazioni della mano destra, all'anchilosi del ginocchio s., l'ammalato è un po' deperito, anemizzato. Temp. 38,8, polso 102, respiro 26. Presenta segni di bronchite diffusa. Il cuore è nei limiti, sano.

Il fegato in alto alla 6ª costola sull'emiclaveare, sull'ascellare segue il bordo della 6ª costola, in basso a due dita dall'arco costale. Posteriormente riduzione di suono fino all'angolo scapolare. Nulla all'esame delle logge renali, milza non ingrandita, *globuli bianchi* 15000.

Esame delle urine: tracce di albumina, qualche corpuscolo di pus.

La puntura esplorativa lungo le ascellari è negativa, *lungo l'emiscapolare, poco sotto all'angolo scapolare inferiore, dà esito a pus grigiastro fluido, fetido. Microscopicamente* si trovano poche cellule irriconoscibili per degenerazione, rare emazie, abbondante detrito, bacteri (a fresco mobilissimi). *Esame delle feci negativo per l'amoeba hystolitica.*

Dalla cultura del pus si isola in cultura pura, un bacillo gassogeno che si identifica, con tutte le prove culturali, per il b. coli.

Si pratica un clistere di ipecacuana, poi si inizia la cura emetinica (12 cg. pro die per 3 giorni). Cessa la febbre dopo due giorni, dopo quattro il malato non ha più dolore nè spontaneo, nè provocato, i leucociti scendono da 14000 a 9600 dopo 6 giorni.

Dopo 16 giorni le condizioni generali sono notevolmente migliorate, dopo un mese il fegato è nei limiti normali. Si pratica un secondo ciclo di cura emetinica e dopo 4 mesi di osservazione è dimesso.

Ho perduto di vista il malato.

Osservazione 6ª. — De V... F... negoziante, di anni 58. Clinica medica di Roma. Agosto 1919.

A 18 anni polmonite, a 30 anni blenorragia ed ulcera dura, curata con frizioni mercuriali.

La malattia attuale rimonta al 10 luglio; improvvisamente fu colto da febbre, diarrea (20-30 scariche al giorno). La febbre continuò remittente, la diarrea, accompagnata da dolori e tenesmo, a contenuto muco sanguinolento, perdurarono per un paio di settimane, cominciò allora ad avvertire dolore all'ipocondrio destro che si accentuava negli atti del respiro.

Persistono dolori, diarrea, la febbre intermit-

tente; l'ammalato deperisce, diviene irrequieto, passa le notti insonni; è ricoverato in clinica il 20 aprile 1919.

Ha febbre 38, polso 104, resp. 26.

Nutrizione scaduta; anasarca di modico grado, pallido; le mucose sono cianotiche. Lingua con patina fuligginosa, mughetto sul faringe, sull'ugola, sulle tonsille. Segni di bronchite diffusa. tachicardia; cuore nei limiti. Alla base del torace a destra ottusità che partendo dalla colonna vertebrale, (un dito al di sopra del margine polmonare inferiore S) si eleva a cupola con convessità superiore e giunge all'angolo della scapola, prosegue lungo le ascellari alla stessa altezza, e degrada anteriormente fino alla quinta costola sull'emiclaveare. Misure: 48 cm. emicirconferenza a D., 46 cm. nell'emicirconferenza S. All'ascoltazione qualche sfregamento, scarsa espansibilità del polmone.

Fegato in alto alla quinta costola, l'ottusità si confonde con quella descritta nella base del torace. Si palpa a 2 dita dall'arco costale duro dolente. Milza non ingrandita. L'esame delle urine negativo. *L'esame delle feci dimostra presenza di forme vegetative dell'amoeba hystolitica.* Radiograficamente la metà diaframmatica destra è innalzata di almeno tre dita rispetto alla sinistra; è cupuliforme.

La *puntura esplorativa* lungo le ascellari, è negativa, ma ripetuta *lungo la emiscapolare dà esito a pus di colore grigio rossastro.*

Microscopicamente detrito abbondante, emazie piuttosto numerose, scarsi cristalli aghiformi, non amebe, non germi. *Cultura nei comuni terreni negativa.*

Si inizia subito una cura emetinica (9 cg. pro die). La febbre cessa fin dal mattino seguente e non subisce più rialzi. Le condizioni generali migliorano subito, il malato ha senso di sollievo, può riposare, le scariche diarroiche diminuiscono.

Il giorno 7 (dopo 17 giorni) il fegato giunge al 5° spazio in alto, in basso a due dita dall'arcata. Continua qualche scarica diarroica.

Il 10 dopo 20 giorni le feci sono formate, gli edemi scomparsi, il malato si alza, può mangiare la comune dieta ospedaliera.

Il 14 nuova poussée di diarrea: nuova cura emetinica.

Esce l'11 ottobre; il fegato è in alto alla 6ª costola, in basso si palpa indolente due dita sotto l'arco costale. Lo stato generale ottimo.

Rivedo privatamente il malato dopo 5 mesi; sta benissimo, ha eseguito e continua cura intermittente emetinica, non ha più recidivato la dissenteria, nessuna sofferenza che richiami l'attenzione sul fegato. Obbiettivamente il fegato non appare ingrandito, normale anche al controllo radiologico.

Osservazione 7ª. — P... G... di anni 39, contadino. Clinica medica. Luglio 1919.

Malarico a 32 anni. Chiamato alle armi nel 1916 e destinato a Roma.

Nell'agosto 1916 enterocolite acuta di breve durata: diarrea acquosa senza muco nè sangue, con tenesmo. Non guarì completamente, ogni tanto diarrea, alternata a periodi di relativo benessere; riformato per psicosi.

Verso la fine dell'ottobre 1918 ebbe febbre che insorse con brivido: scomparve con la somministrazione della chinina.

Nel febbraio le febbri si sono ripetute con brivido e sudore, irregolari per tipo, resistenti alla chinina. Da tale periodo di tempo avverte dolore puntorio alla base del torace a destra e all'ipocondrio dello stesso lato, dolore che spesso impedisce il lavoro ed il sonno, talora è così lieve che il paziente può accudire a lavori leggeri.

Continuando la febbre e il dolore, chiede ricovero in clinica (1 luglio 1919).

Soggetto pallido un po' denutrito, non edemi. Polso 70, resp. 20, temp. 36,5. Il torace è leggermente svasato alla base di destra; con la percussione il bordo polmonare inferiore destro è a tre dita dall'angolo scapolare inferiore, si espande poco, il sinistro è a quattro dita e si espande bene. Sfregamenti alla base di destra. Cuore sano e nei limiti.

Il *fegato* giunge in alto alla 5ª costola lungo l'emiclaveare, al margine superiore della 6ª costola all'ascellare anteriore, si congiunge posteriormente con l'ottusità posteriore, tre dita sotto l'angolo scapolare inferiore. In basso il margine è a due dita dall'arco costale sull'emiclaveare, a metà distanza tra ombelico e xifoide sulla linea mediana, si nasconde a S sotto l'arco costale lungo la parasternale: dolente alla palpazione. Suscita dolore la pressione degli spazi intercostali ultimi lungo l'ascellare media a D. Nulla a carico dell'addome. La milza non appare ingrandita.

Esame delle urine negativo chimicamente e microscopicamente. *Globuli bianchi* 8100.

Esame delle feci, previo clistere di soluzione fisiologica, presenza di muco, *assènza di amebe.*

Esame delle feci, previo purgante salino: *presenza di innumerevoli forme dell'amoeba hystolitica.*

Puntura esplorativa lungo l'ascellare media: si estrae liquido purulento di colorito bruno, fluido.

All'*esame microscopico* si mostra costituito da detrito, da numerose emazie, da scarse cellule degenerate. *Cultura negativa.*

Si pratica cura emetinica (12 cg. al giorno per tre giorni) per iniezioni intramuscolari. Migliorano le condizioni dell'alvo, il fegato dopo tre giorni è meno dolente.

Il 15 luglio si ripete la cura emetinica.

Il 17 si pratica nuova puntura esplorativa: si estrae liquido di colorito grigio rossatro; microscopicamente presenta i medesimi caratteri. Risulta sterile alle prove culturali.

Il 22 l'esame obbiettivo del fegato lo dimostra ancora un po' ingrandito sulle ascellari, dove forma una cupola che giunge al 6° spazio sull'ascellare media. Esce il 23 luglio.

Si ripresenta il 10 agosto: ha accudito in questo frattempo al suo lavoro di contadino. L'alvo si è mantenuto normale, ha continuato la cura emetinica. Lo stato generale è florido, il fegato è nei limiti normali, indolente.

Osservazione 8ª. — C... A... di anni 61, cocchiere. Clinica medica di Roma. Dicembre 1919.

A 20 anni malaria, che recidivò per due anni. A 12 anni ittero febbrile. L'attuale malattia rimonta a 6 mesi fa circa: verso i primi di giugno fu colto da febbre alta preceduta da brivido (39°). Scomparve al mattino con sudore, ma si ripetette nel giorno seguente con brivido, e nei giorni successivi coi medesimi caratteri. Insorse pure dopo qualche giorno dolore al fianco destro, irradiantesi talvolta anche al sinistro; fu sottoposto a prolungata cura chininica senza effetto: la febbre insorgeva con esasperante regolarità nel pomeriggio preceduta da brivido, cadeva con sudore,

Un altro medico volle insistere ancora con terapia chininica senza resultato; si ricorse alla chinina per iniezione senza resultato. Aveva inappetenza, deperiva, l'alvo era regolare. Dai primi di ottobre il paziente, che prima poteva lasciare il letto, è costretto a non alzarsi più, per la febbre, il dolore divenuto anche più intenso, per la tosse, per la dispnea.

L'ammalato è stato bevitore e fumatore, ha avuto in gioventù blenorragia e ulceri veneree. È ricoverato in clinica il 7 dicembre 1919.

Malato in grave stato, dispnoico, cianotico, agitato per dolori vivissimi all'ipocondrio destro.

Giace in decubito supino, è quasi cachettico, pallido, non ha edemi. Polso 108, resp. 54, temperatura 37,2.

Lingua patinosa, secca. Il torace è svasato alle basi, si espande poco. I margini polmonari sono a due dita dall'angolo scapolare, con escursioni molto limitate. Si ascoltano rantoli umidi a piccole e medie bolle su tutto l'ambito toracico, prevalenti alle basi specialmente a destra. Il cuore non appare ingrandito, i toni sono netti, ma frequenti.

Addome aumentato di volume, cicatrice ombelicale avvallata, meteorico, non contiene liquido, dolente nei quadranti superiori e specialmente all'ipocondrio destro.

Fegato in alto al margine superiore della 5ª costola, in basso si palpa il bordo a 12 cm. dall'arco costale, sull'emiclaveare. Si può seguire il margine epatico dall'ascellare anteriore al bordo costale, fino all'ombelicale trasversa sull'emiclaveare, tre dita sopra l'ombelico sulla linea mediana, sotto l'arco costale S tra la parasternale e l'emiclaveare. Margine duro dolente. La superficie sembra regolare, ma sotto la testa del retto di D si nota una tumefazione sferica, non ben delimitabile, sulla quale la palpazione provoca vivissimi dolori. La milza non si palpa, nè è ingrandita in alto.

Nelle urine presenza di tracce di albumina non dosabile, assenza di glucosio, nel sedimento non si trovano elementi renali.

Esame ripetuto delle feci negativo per l'amoeba hystolitica.

Globuli bianchi 16000. *Cutireazione negativa.*

Reazione di Wassermann positiva completa.

Si inizia cura di emetina per iniezione (9 cg. nelle 24 ore).

L'ammalato diviene apirettico il giorno seguente, il dolore si attenua, la palpazione della tumefazione in corrispondenza della testa del retto di D suscita poco dolore; dopo due giorni di cura l'ammalato nella notte può riposare, ma le condizioni si mantengono piuttosto gravi per la dispnea per la cianosi, per la tachicardia. Persiste la tosse emetizzante. Dopo 5 giorni il malato comincia a sentire un senso di vero benessere, può mettersi a sedere da sè, senza provar dolore. Il fegato però si mantiene immutato per volume. Si ripete la cura emetinica portando la dose a 12 cg. al giorno. *La reazione di Wassermann diviene negativa.*

Il 23 i globuli bianchi sono scesi a 13000 (dopo 16 giorni).

Il 22 gennaio dopo una nuova cura emetinica i leucociti sono scesi a 9800, il fegato in alto è nei limiti, in basso deborda di tre dita dall'arco costale, indolente. Lo stato generale è florido, esce dalla clinica e non si fa più rivedere.

Osservazione 9ª. — U... G... di anni 51, sarto da Viterbo. Clinica medica di Roma. Gennaio 1920.

Nel passato del malato sono degni di ricordo ittero febbrile a 18 anni, artrosinovite tubercolare ginocchio S a 33 anni, frattura del femore in seguito a caduta nel 1916.

Non ha mai avuto sofferenze addominali, o disturbi della funzione gastrointestinale. L'anno scorso (1919) verso la fine di aprile, fu colto da febbre, preceduta da brividi, che insorgeva nelle ore del pomeriggio o nelle ore della sera; durava per tutta la notte e cadeva al mattino con sudore, raggiungeva al massimo i 39°. La febbre quotidiana, era accompagnata da senso di spossatezza, nessun disturbo a carico dell'apparato respiratorio e gastrointestinale. Fu sottoposto a cura chininica prolungata, a regime dietetico speciale, senza giovamento alcuno. Dopo 6 mesi, durante i quali il paziente era dimagrato e impallidito, insorse dolore alla spalla destra, più intenso nella notte, talora a tal punto da dover ricorrere alla morfina. Entra in clinica il 2 gennaio 1920.

Tra i dati principali dell'esame obbiettivo sono degni di ricordo: stato di nutrizione notevolmente decaduto, cute pallida, polso 90, resp. 24, temp. 37,7.

Nulla di notevole a carico del polmone sinistro di cui il margine inferiore giunge a quattro dita sotto l'angolo scapolare. A destra il suono chiaro polmonare si smorza all'angolo scapolare, diviene ottuso a due dita dall'angolo, l'ottusità risale sull'ascellare media, sulla 6ª costola di cui segue il contorno fino all'emiclaveare. Alla ascoltazione il murmure indebolito, presenza di sfregamenti. Non muta l'ottusità col mutamento di posizione, essa costituisce il confine superiore del fegato, di cui il margine inferiore si palpa a tre dita sotto l'arco costale, di consistenza aumentata, indolente. Si provoca invece modico dolore alla pressione del 6° e 7° spazio intercostale. Cuore sano, non tumore di milza, nulla a carico dell'addome. Il malato ha febbre che sale a 38,2 e scende a 36 al mattino.

Conta dei globuli bianchi: 9400; non vi sono alterazioni nella formula. Esame delle urine: tracce di albumina da leggera quantità di pus.

Reazione di Wassermann positiva incompleta; Reazione di Weinberg negativa, cutireazione con tubercolina negativa, intradermoreazione e sottocutaneo-reazione con liquido cistico negativa.

Puntura esplorativa lungo l'ascellare media, all'8° spazio: si estrae liquido purulento emorragico. *Esame microscopico* prevalenza di detrito, scarse cellule con nucleo discretamente conservato, (polinucleati e mononucleati). *Coltivato*: si sviluppa in cultura pura uno stafilococco albo, gramresistente, non fluidificante la gelatina.

Si inizia la cura emetinica il giorno 12 nel pomeriggio: associata a clistere di ipecacuana. Il giorno seguente la febbre cade e definitivamente. Il dolore scompare al 5° giorno, l'ammalato può riposare senza l'ausilio di alcun medicamento.

Una *seconda puntura esplorativa*, praticata il 17 (dopo 3 giorni dalla prima, dà esito a pus, coi medesimi caratteri macro e microscopici. La cultura di esso dà luogo allo sviluppo dello stesso stafilococco albo. Il 29 il fegato è diminuito sensibilmente di volume: posteriormente tre dita sotto l'angolo scapolare, alla 6ª costola anterior-

mente, deborda due dita dall'arco costale, indolente. È dimesso. Il malato si fa rivedere il 2 febbraio e il 20 marzo, lo stato generale è ottimo, il fegato è nei limiti normali. Il malato ha praticato mensilmente una cura di emetina.

Osservazione 10ª. — L.... G... di anni 46, carrettiere. Clinica medica di Roma. Marzo 1920.

Nulla di notevole nei precedenti del malato. Nell'ottobre dello scorso anno ebbe febbre che fu diagnosticata come influenza, senza complicanze polmonari: stette a letto per circa 14 giorni, poi si alzò ma non completamente guarito: era debole, accusava dolore all'ipocondrio destro, non potè più riprendere il consueto lavoro.

20 giorni fa il dolore vago dell'ipocondrio destro divenne insopportabile improvvisamente, durò a tipo colico per circa una notte. Ricomparve cogli stessi caratteri, dopo pochi giorni, il malato non è divenuto itterico, però afferma che nei periodi di tregua non è stato bene. Non ha misurato la temperatura. L'alvo sempre normale, l'ammalato, insistentemente interrogato, nega qualsiasi affezione dell'apparato gastro intestinale. Entra in clinica il 26 marzo 1920.

Soggetto robusto, nutrizione e sanguificazione discrete.

Temp. 38,3, polso 84, resp. 20.

L'esame degli organi toracici è negativo se si eccettui un leggero e fine rumore di sfregamento alla base del torace destro.

Addome non aumentato di volume, dolente alla palpazione dell'ipocondrio destro, più precisamente nella regione cistica. Fegato in alto alla quinta costola, sull'emiclaveare, in basso si palpa tre dita sotto il margine costale. Bordo epatico liscio aumentato di consistenza, poco dolente.

Dolorosa riesce la palpazione del 7° spazio intercostale sull'ascellare media. Non tumore di milza, null'altro di notevole obbiettivamente.

Esame delle urine negativo per l'albumina e lo zucchero, presenza di urobilina (reazione evidente), negativo il sedimento.

Intradermoreazione e sottocutaneoreazione con liquido cistico negativa, reazione di Weinberg negativa. *Reazione di Wassermann negativa.*

Leucociti: 12500. La temperatura è intermittente, non preceduta da brivido, la febbre scende con modica sudorazione.

Al terzo giorno di degenza in clinica ha di nuovo forte dolore all'ipocondrio destro, che si attenua dopo iniezione di morfina.

Viene praticata una *puntura esplorativa* al 7° spazio intercostale sull'ascellare media; si estraggono 10 cmc. di pus color crema marrone.

Esaminato *microscopicamente* presenza di abbondante detrito, scarse cellule degenerate, scarse emazie, non amebe.

L'esame delle feci è negativo per l'amoeba hystolitica.

All'*esame culturale*, il pus risulta sterile.

Si inizia la cura emetinica il 1° aprile: il giorno seguente il paziente non ha più elevazione febbrile; dopo tre giorni non ha più dolore spontaneo nè provocato, ha appetito, un senso di vero benessere.

Si pratica una seconda cura di emetina dal 12 al 15: l'esame del fegato mostra il margine superiore alla 6ª costola, l'inferiore un dito sotto l'arco costale. Esce in floride condizioni.

DIAGNOSI DI NATURA DELL'ASCESSO EPATICO.

Per necesità di spazio ho ridotto ad uno schematico riassunto le notizie cliniche sugli ammalati; esse sono però sufficienti per un sommario rilievo dello stato generale del malato, delle condizioni particolari dell'organo colpito.

La diagnosi clinica di ascesso epatico nei nostri casi è stata possibile fin dai primi giorni, spesso alla prima osservazione del paziente.

In otto casi è stata confermata la diagnosi di ascesso costituito con la puntura esplorativa; in due casi ha avuto fondamento nei sintomi clinici e nei dati biologici, poichè in essi la puntura di saggio è stata rifiutata come pericolosa, essendo colpito il lobo destro del fegato nella sua parte inferiore, con estrinsecazione dell'ascesso tutta addominale. Avrò occasione in seguito di trattare diffusamente delle ragioni che mi fanno ritenere essersi trattato, anche in questi due casi nei quali la puntura non fu praticata, di *vero ascesso epatico costituito* e non di epatite allo stato presuppurativo.

È utile notare che quasi tutti i miei malati erano soggetti sofferenti da mesi *di febbre a tipo intermittente*, curati lungamente ed invano per una supposta malaria o per infezione intestinale; in due casi la febbre mancava completamente, in due durava da due mesi, in uno da tre mesi, in cinque da tempo che va da 5 ad 8 mesi. Malattia lunga adunque, tanto spesso misconosciuta dai medici, da far pensare con rammarico al detto del Fontan: « prima d'ogni cosa, per far diagnosi di ascesso epatico bisogna pensarvi ».

Dei miei dieci casi in cinque precedeva o accompagnava la malattia la storia di *un'acuta o cronica enterite dissenterica*, con periodi di acuzie e tregue di benessere, (osservazioni: 1ª-2ª-3ª-4ª-6ª) in un caso la dissenteria era larvata (osservazione 7ª), ma in quattro (osservazioni: 5ª-8ª-9ª-10ª) ogni disturbo intestinale, che potesse far pensare anche ad una forma anomala di dissenteria amebica, mancava; i malati, diligentemente interrogati, negavano qualunque disturbo intestinale.

Nei cinque dissenterici la sintomatologia era insorta mentre l'affezione continuava nel suo andamento ordinario; in uno da qualche tempo le crisi di diarrea erano diminuite per intensità e frequenza. L'osservazione di Ravaut, che ha veduto spesso la diarrea cessare con l'insorgere dei sintomi epatici, non corrisponde alla nostra esperienza.

L'ascesso in qualche caso ha seguito di poco l'insorgenza della dissenteria (due settimane, osservazione 6ª) in qualche altro di parecchi anni (7 anni, osservazione 4ª).

In otto casi v'era *febbre* a tipo suppurativo, ma in due (osservazioni 3ª-7ª) la febbre mancava del tutto: fatto importante, da tenere ben presente e che può deviare nella diagnosi specialmente se la storia è muta nei precedenti per la dissenteria.

La diagnosi di suppurazione epatica era, come ho detto, al momento della nostra osservazione, abbastanza facile; non sempre era però chiara la causa della suppurazione, se si voleva tener conto nell'indagine diagnostica solo dei dati ordinari che la patologia ci offre. La dissenteria era concomitante o ricordata nel passato in cinque casi, sospettata in uno, mancava negli altri quattro. La ricerca dell'amoeba hystolitica positiva in cinque casi (osservazioni 1ª-2ª-3ª-4ª-6ª), negativa negli altri cinque. Per il criterio di frequenza, si poteva concludere clinicamente che l'ascesso era dissenterico, ossia determinato dall'amoeba hystolitica, in sei dei dieci malati; ma negli altri quattro la malattia si presentava *come primitiva*.

Suppurazione epatica primitiva non può equivalere ad ascesso epatico amebico. È noto, volendo limitare la discussione alle evenienze più comuni, che una cisti da echinococco del fegato può restare lungo tempo, anche assumendo vaste proporzioni, del tutto latente, e che può cominciare a richiamare l'attenzione del malato e del medico, solo quando un processo di suppurazione vi si stabilisce. È noto quanto, per tutti i caratteri clinici, *ascesso epatico e cisti da echinococco* suppurata possono rassomigliarsi; è noto pure che vengono spesso meno, durante la suppurazione delle cisti, i criteri biologici specifici e non specifici, i quali sono utile ausilio diagnostico della cisti di echinococco non suppurata: reazione di Weinberg, intra e sottocutaneo reazione, eosinofilia.

In altri tempi, nei quali diagnosticare una suppurazione intraepatica significava affidare il malato nelle mani del chirurgo, tutti i più fini mezzi di semeiotica e clinici si aguzzavano solo per la diagnosi differenziale di molteplicità o di unicità dell'ascesso, poichè solo questo elemento costituiva indicazione all'intervento, attesa o astensione.

Sono mutati gli scopi della clinica, dacchè sulla conoscenza della natura di alcune epatiti è fondato il criterio curativo: più che *l'unicità*, agli scopi della scelta di una terapia medica o chirurgica, è necessario diagnosticare *la natura*. Le raccolte epatiche di origine amebica sono sicuramente passibili della terapia medica, per una cisti suppurata e per ascessi di altra natura del fegato non v'è che l'intervento chirurgico.

Nei nostri casi noi abbiamo seguito per la diagnosi di natura i criteri generali; *ma ci siamo serviti di un particolare accorgimento, già messo in luce in altro nostro contributo allo studio della diagnosi dell'ascesso epatico dissenterico,* quando i comuni mezzi diagnostici non sono stati sufficienti.

L'esistenza della dissenteria ed il reperto dell'amoeba hystolitica nelle feci bastano d'ordinario per sostenere la natura amebica dell'ascesso; salvo casi eccezionali, la suppurazione epatica che sorge in un dissenterico amebico, è complicanza determinata dalla localizzazione nel fegato dell'agente stesso della malattia: l'esperienza clinica, suggellata dalle ricerche di laboratorio, rappresenta ormai guida sicura. Ma nei casi di suppurazione, clinicamente primitiva, la diagnosi differenziale con la cisti da echinococco è veramente ardua. Nei casi di cisti suppurate vengono meno e l'intradermoreazione con liquido cistico, e la reazione di deviazione del complemento, e l'eosinofilia. Il criterio negativo degli esami di laboratorio quindi, specialmente nel caso particolare, non può avere un'importanza decisiva. Per risolvere il difficile problema diagnostico, noi ci siamo valsi dell'esame del liquido, ottenuto con la puntura esplorativa, nei casi nei quali questa era possibile senza pericolo alcuno del malato.

La *puntura esplorativa* ci poteva fornire l'elemento diagnostico discriminativo per confermare la natura amebica nei casi con dissenteria, per ammetterla od escluderla in quelli con ascesso primitivo del fegato. Nei due casi nei quali la puntura esplorativa non era praticabile, ci siamo invece affidati al criterio curativo.

Il risultato della puntura esplorativa, se permette di confermare l'esistenza della suppurazione, la quale è spesso d'altra parte chiara clinicamente, ha secondo noi un valore di gran lunga maggiore per *la diagnosi di natura*. Da lungo tempo numerosi ricercatori hanno messo in luce, tra le caratteristiche del pus, quella di mostrarsi sterile ai comuni terreni di cultura, a differenza del pus delle altre suppurazioni che permette di mettere in rilievo germi coltivabili. Kartulis, Schaudinn, Kruse e Pasquale affermarono la possibilità di ritrovare l'amoeba hystolitica nel pus estratto e con maggiore frequenza nel prodotto che si ottiene raschiando la parete dell'ascesso. Il trovare un pus sterile è segno di grande verosimiglianza, il rinvenire l'amoeba dissenterica è segno di certezza. *Nei nostri casi non sempre il pus è resultato sterile* (*osservazioni* 3ª-9ª): *non abbiamo mai potuto rinvenire l'ameba con esami microscopici diligentissimi.* Anche questi due criteri possono adunque venir meno nella via difficile dell'indagine intorno alla natura dell'ascesso.

In tutti i nostri casi però non ci è mai venuto meno il criterio diagnostico rappresentato *dai caratteri microscopici* del prodotto morboso estratto: negli otto casi noi abbiamo sempre potuto

concludere che *non si trattava di vero pus, ma di un particolre prodotto di necrosi e di colliquazione* ed in base a tale resultato abbiamo potuto superare il problema della diagnosi differenziale.

Non ci aiutano sempre i caratteri macroscopici: in generale il pus da epatite amebica ha color cioccolato, è striato di sangue, commisto a grumi più o meno grossi o a fiocchi sanguigni e qua e là anche con filamenti di materia mucoide, chiara, incolore, giallastra; esso è spesso viscido, non imbeve la medicatura. Ma non è raro che il pus epatico, in rapporto con l'età o con l'acuzie del processo, assuma caratteri del tutto differenti: nei nostri casi ora ha presentato color grigio rossastro, ora bruno, ora caffè e latte; ora è stato fluido, ora denso, ora vischioso.

Quello che non ha fallito nelle nostre mani è stato *il criterio microscopico*: esaminato a fresco, il prodotto morboso è stato sempre trovato costituito da *detrito cellulare, da emazie, da cellule degenerate, da cristalli di acido grasso*. L'assenza dei leucociti, più o meno conservati, che sono, coi germi, la caratteristica del vero pus, ha completato il quadro microscopico. In altro lavoro noi stessi abbiamo proposto di elevare all'altezza di sintoma caratteristico tale reperto microscopico; nei tre casi, nei quali la suppurazione epatica era sorta come malattia clinicamente primitiva, in base a questo unico segno, abbiamo posto la diagnosi di origine amebica ed il resultato della terapia specifica ci ha dato pienamente ragione. Devo aggiungere due parole su un particolare degno di nota per completare il valore del segno: si è scritto da alcuni che il trovare leucociti o detriti possa rispettivamente significare un ascesso *vivo* o un ascesso *morto* (Chauffard, Ravaut). La nostra esperienza non può sottoscrivere ad un tale concetto: ascessi epatici in piena evoluzione, con febbre alta intermittente, leucocitosi, con grave ripercussione sullo stato generale del malato, contengono un prodotto morboso a tipo necrotico e non leucocitario così come lo contengono ascessi che hanno evoluzione lenta e torpida, che non provocano febbre, che poca influenza manifestano sullo stato generale dei pazienti. Ed in verità non la morte nè la vitalità dell'ascesso, nè l'età di esso sanno determinare una differente composizione del prodotto morboso: questo è in rapporto con la peculiare attività patogena dell'ameba, che tale si manifesta fin dal primo inizio, quando l'ascesso epatico non è diagnosticabile, e quale solo gli anatomo-patologi hanno descritto come reperto d'occasione. Ricordo la descrizione che ne diedero Kelsch e Kiener nell'89: « l'ascesso si presenta *nel periodo di infiltrazione purulenta* sotto la forma d'un focolaio di rammollimento grigiastro, a livello del quale la pressione fa uscire il pus alla superficie sotto forma di goccioline. L'esame allo stato fresco della polpa, raccolta col dorso del bistoury nella parte centrale, la dimostra costituita da *una sostanza amorfa* che sembra resultare dalla fusione del protoplasma delle cellule epatiche. Si ritrovano in effetto in questa sostanza nuclei ovoidi disseminati, blocchi di materia protoplasmatica più consistente, seminata da nuclei e qualche cellula epatica ancora riconoscibile, tumefatta a contorni indecisi. Gli altri elementi figurati sono gocce oleose, *rari leucociti*, ecc. Quando l'ascesso è costituito, il pus consiste *in una materia amorfa granulosa*, che contiene scarso numero di leucociti pallidi granulosi, a contorno indeciso, qualcuno ben conservato e provvisto di nucleo, blocchi opachi refrangenti, residui di cellule epatiche necrosate, granulazioni grasse ». Lafleur accenna ad una rimarchevole assenza di leucociti. Rolleston conferma il reperto.

Fin di primi stadî adunque l'ascesso epatico dissenterico in evoluzione (ascesso vivo e non *caput mortum*) presenta le caratteristiche, le quali si mantengono nell'ascesso costituito, clinicamente diagnosticabile, sia esso recente o duri da parecchi mesi. La distinzione quindi non ha base anatomica, ed è necessario insistere su questo dato anatomopatologico poichè esso in Francia (Chauffard, Ravaut, Françon) costituisce nei recenti contributi un criterio distintivo per la terapia medica o per l'intervento chirurgico. Secondo noi invece il particolare carattere microscopico del prodotto morboso deve acquistare ai nostri giorni una doppia importanza:

1) come sintoma caratteristico che differenzia l'ascesso amebico dalle altre suppurazioni epatiche.

2) come mezzo di facile spiegazione dell'effetto della terapia specifica, la quale viene ad agire non su vero pus bacterico, ma su un prodotto di necrosi colliquativa protozoaria.

Le caratteristiche microscopiche del prodotto morboso nei nostri casi non si sono smentite neppure nei due malati nei quali l'esame culturale del pus rilevò un microrganismo coltivabile nei terreni comuni di cultura: tale carattere immodificato, a malgrado della presenza dei germi, è stato per noi criterio di utile diagnosi per affermare la natura amebica, spinta alla terapia specifica medica; il resultato ci ha dato ragione.

La *leucocitosi* non è stato carattere costante nei nostri casi di ascesso amebico: d'ordinario essa è modica, raramente elevata; in cinque osservazioni era netta (da 13000 a 19000); in un caso (7°) i leucociti, ripetutamente contati, giungevano ad 8100, in uno (9°) a 9400, in un terzo a 11000 (4°). Nel 3° e nel 5° malato nei quali fu

coltivato dal pus un bacterium coli la leucocitosi raggiungeva rispettivamente i 19000 e i 15000 leucociti, ma nel 9° malato nel quale fu ripetutamente coltivato uno stafilococco albo i leucociti erano solo 9400. Il numero dei leucociti, tanto variabile da malato a malato, è evidentemente in rapporto col differente modo di reagire del soggetto ad una medesima causa capace di determinare leucocitosi.

La *formula leucocitaria*, ripetutamente eseguita in due malati, (entrambi con leucocitosi, una modica, l'altra elevata) ha mostrato i medesimi caratteri: 67-69 % polinucleati con 33-31 % mononucleari di cui rispettivamente 24-23 % linfociti. Nella leucocitosi cioè dell'ascesso epatico amebico l'aumento dei leucociti non è a carico dei polinucleari ma piuttosto dei mononucleari e principalmente linfocitario. A questo carattere della formula leucocitaria, che secondo Rogers ha una certa costanza, è attribuita da Rogers stesso un valore diagnostico per la natura amebica dell'affezione epatica.

In sei dei miei malati ho praticato la *reazione di Wassermann*: in 4 ho avuto esito negativo, in uno (caso 8°) la reazione è stata positiva completa, in uno positiva incompleta (caso 9°). Altri AA. (Chauffard) hanno già costatato e messo in rapporto la positività della reazione con la lesione epatica. I nostri resultati presentano questo di caratteristico: che la reazione positiva è divenuta negativa dopo la cura e la guarigione clinica del malato. È difficile per ora decidere se il fegato alterato o la speciale infezione protozoaria o se tutti e due gli elementi contribuiscano al fenomeno della deviazione del complemento di fronte all'antigene sifilitico; il resultato deve essere però ulteriormente controllato e fin da ora deve mettere in guardia contro eventuali errori di diagnosi di fronte ad un fegato ingrandito con febbre e Wassermann positiva.

(*Continua*).

RIVISTE SINTETICHE.

Sul trattamento dietetico del diabete

per il dott. AZEGLIO FILIPPINI.

È un fatto di osservazione generale che la diffusione del diabete è andata diventando sempre più grande in questi ultimi decenni: in Italia i morti per diabete sono andati crescendo da 18 per milione nel 1887 a 53 nel 1915; a Berlino da 36 nel 1880 a 220 nel 1912; negli Stati Uniti, dove si calcola che vi sia un milione di diabetici, la mortalità per tale malattia si è elevata da 28 a 175 per milione. Anche le statistiche delle compagnie d'assicurazioni dimostrano l'accrescimento. Esso è tale che si ritiene da qualche autore che se il diabete continuasse a crescere con la stessa proporzione verificatasi negli ultimi anni, finirebbe per rivaleggiare con la tubercolosi e per un'altra generazione sarebbe responsabile della quasi totale mortalità del mondo.

È dunque necessario opporsi a tale diffusione, ed ovviare ai pericoli, che minacciano la vita del diabetico, con una cura adatta e dirigendo la profilassi verso un'equilibrata igiene alimentare. È perciò opportuno che il medico pratico tenga sempre presente le linee direttive del trattamento, in quanto che il fatto stesso che, nonostante l'aumentata diffusione, egli ha occasione di vedere uno scarso numero di diabetici, se è un vantaggio da un lato, perchè gli permette di dedicarsi maggiormente al caso singolo, non gli concede d'altra parte, la possibilità di fermarsi, nell'osservazione dei casi svariati, un concetto più preciso della malattia. Importante è per la cura una diagnosi precoce, per la quale non si deve tanto contare sui sintomi presentati dal malato, quanto sull'analisi sistematica delle urine di tutti gli ammalati che si presentano all'osservazione del medico.

È probabile che, in tal modo, si giungano a scoprire forme che, curate a tempo, possono permettere a lungo la vita e l'efficienza individuale.

Rientrano certamente sotto la denominazione generica di diabete, molte forme di origine diversa. Qualunque però ne sia la patogenesi, il fatto stesso che il diabete si manifesta con disturbi del metabolismo, indica che il trattamento deve essere imperniato sulle modificazioni nell'apporto di materiali nutritivi all'organismo, deve cioè essere essenzialmente dietetico.

La scoperta fatta da Dobson dello zucchero nell'orina di questi malati, e del suo aumento, in seguito ad ingestione di zucchero, il fatto che gli idrati di corbonio si trasformano nell'organismo in zucchero, hanno condotto dapprima al-

l'esclusione assoluta degli idrati di carbonio dalla dieta. Uno dei primi a stabilire regimi particolari per i diabetici è stato il Cantani, che concedeva ad essi soltanto carni e grassi, escludendo persino il burro, per la piccola quantità di lattosio che può contenere. Tale regime doveva essere mantenuto per 3-9 mesi, ammettendo una dieta mista solo due mesi dopo la scomparsa dello zucchero dall'orina. Questo risultato però, non può sempre ottenersi, poichè dai grassi e dagli albuminoidi l'organismo può sempre formare glucosio, che, data l'incapacità del diabetico di attaccarne le molecole, può provocare iperglicemia e glicosuria. Di più, nello stato di carenza degli idrati di carbonio, per il fatto che, secondo l'efficace espressione di Naunyn, i grassi bruciano al fuoco degli idrati di carbonio, si ha formazione di acetone dai grassi, e mancata decomposizione dell'acido ossibutirrico, che si trasforma poi in acido aceto acetico ed in acetone, sicchè ne viene provocata l'acidosi, che può terminare fatalmente nel coma. Alla dieta assolutamente priva di idrati di carbonio, altre se se sono venute sostituendo in seguto, a cominciare dalle modificazioni introdotte nella dieta carnea dallo stesso Cantani, fino ad arrivare ai regimi ricchi di carboidrati, di Mosse, von Noorden, Falta, ecc.

IL METODO DI ALLEN.

Uno dei trattamenti in cui molto si è scritto in questi ultimi tempi, è quello di Allen e della sua scuola. Con una serie di esperienze sistematiche, praticate sui cani, asportando porzioni più o meno grandi del pancreas, senza togliere la comunicazione col duodeno, Allen ha riprodotto in detti animali diverse forme di diabete, dalla semplice glicosuria consecutiva ad ingestione di idrati di carbonio, a quella che si verifica anche con la sola dieta carnea, o col digiuno, all'acidosi, al coma.

Il diabete sta quindi, secondo questo autore, in rapporto con la secrezione interna del pancreas (la teoria pancreatica era già stata emessa dal Dominicis fin dal 1899), ed il suo decorso, sempre secondo le esperienze di Allen può venire modificato dalla dieta, riproducendo negli animli da esperimento le diverse fasi del diabete umano. Allen ha poi trasportato all'uomo questi risultati e, col suo metodo, applica sistematicamente il digiuno, fino a totale scomparsa della glicosuria, saggiando poi gradatamente il limite di tolleranza dell'ammalato, dapprima per gli idrati di carbonio, poi per le albumine, infine per i grassi. Tale trattamento si propone anzitutto di prevenire e trattare l'acidosi (ciò che si ottiene particolarmente con la totale esclusione dei grassi) e di stabilire un bilancio individuale per gli idrati di carbonio.

Non in tutti i casi si può senz'altro incominciare subito il digiuno assoluto: questo stesso è causa di acidosi anche in individui normali e perciò non farebbe che aumentarla nel diabetico Quindi nei casi in cui la malattia dura da lungo tempo, negli individui con lesioni renali, obesi, vecchi, o con acidosi si incomincia con l'escludere i grassi dalla dieta, poi dopo due giorni gli albuminoidi: si riducono allora a metà gli idrati di carbonio, continuando nella riduzione fino a raggiungere i 70 g. al giorno di idrati di carbonio. Questo trattamento preparatorio può essere, in caso di costipazione, completato con un leggero purgante e con enteroclismi. Si può allora incominciare il *digiuno,* che in altri può iniziarsi subito: durante questo periodo si daranno bevande (acqua, the, caffè, brodi leggeri) preferibilmente calde, qualche alcoolico. La durata è varia: esso è stato continuato anche 10 giorni, in media però ne bastano quattro, dopo i quali, se persiste tuttora zucchero nelle orine, si daranno, per due giorni, albuminoidi ed idrati di carbonio, in ragione rispettivamente di g. 1 e g. 0,5 per ogni kg. di peso del corpo, ripetendo poi il digiuno per 3 giorni. Se persiste la glicosuria, si ripete la somministrazione degl alimenti come sopra, ed il digiuno per uno o due giorni. Nel caso che vi sia tuttora zucchero nelle orine, si danno gli albuminoidi per 4 giorni, facendo seguire un giorno di digiuno e si aumentano poi i giorni di alimentazione fino a raggiungere un giorno di digiuno settimanale. In tal modo, nei casi senza complicazioni, si può essere quasi sicuri di ottenere la scomparsa della glicosuria. Questi periodi di intermittenza di digiuno rendono il trattamento meno difficile e prevengono il dimagramento e l'acidosi.

Non è assolutamente necessario che il paziente, durante il digiuno, rimanga a letto, tanto più che ciò potrebbe essere di un certo nocumento, per le persone di età avanzata. Si può permettere al diabetico di alzarsi, e di attendere a qualche leggera occupazione: è però importante che esso sfugga ad eventuali infezioni. Di solito il digiuno viene sopportato abbastanza bene, specialmente nei giovani: raramente si notano nausee; l'eventuale cefalea si può combattere con qualche tazza di caffè.

Il tempo necessario, per fare scomparire lo zucchero dall'orina, non è in relazione con la quantità di esso, ma forse, più che altro con la durata della malattia e con l'età. Nei casi che durano da lungo tempo è più conveniente far precedere il periodo preparatorio; in tal modo, evitando l'acidosi, la glicosuria scompare più ra-

pidamente. Dopo 24 ore da che il glucosio è scomparso dalle orine, si passa al periodo di ***determinazione della tolleranza per gli idrati di carbonio.*** Si scelgono, a preferenza, dei vegetali ricchi di scorie, che hanno il vantaggio di rompere meglio il digiuno e di aiutare la funzione motoria intestinale, pure concedendo solo una piccola quantità di idrati di carbonio. Si incomincia col dare 5-10 g. al giorno di carboidrati, scegliendoli fra le verdure al 5 % (1), e si continua, aumentando la dose di 5-10 g. al giorno, fino a che ricompaia lo zucchero nell'orina o fino a che si raggiunga quella quantità che si può ritenere sufficiente per l'individuo: così non potrà arrivare che raramente alla porporzione di 3 g. per kg. di peso. Tale proporzione va soprattutto tenuta presente nei bambini, per i quali, in considerazione del peso minore, l'aggiunta di una stessa quantità di carboidrati è proporzionalmente molto maggiore che per l'adulto. Quando si aumenta la quantità di carboidrati, si passerà dalla categoria di alimenti che contiene il 5 %, a quella che ne contengono il 10-15, ecc., nella dieta normale, si concederà solo l'80 % dei carboidrati tollerati.

Quando l'orina sia rimasta senza glucosio per due giorni, si determinerà la *tolleranza per gli albuminoidi,* incominciando a somministrare 20 g. sotto forma di pesce, di albumina d'uovo, di carne magra ed aumentando di 15 g. al giorno, fino a che l'individuo introduca 1 g. di albuminoidi per 1 kg. di peso: tale quantità va elevata a 2-3 g. per i bambini. In qualche caso la somministrazione di albuminoidi può farsi anche mentre si determina la tolleranza per gli idrati di carbonio: però, in generale, è meglio iniziarla dopo, raggiungendosi probabilmente in tal modo una maggiore tolleranza per i carboidrati. Per la determinazione delle quantità di albuminoidi, grassi, ecc. contenuti negli alimenti si ricorre alle note tabelle.

Durante le prime somministrazioni di albumina, si può talora concedere una piccola quantità di grasso, che, di solito, è meglio somministrare soltanto quando si è raggiunta la quantità di 1 g. di albumina per kg. di peso: si può poi crescere gradatamente la quantità, (molto lentamente negli obesi e nei pazienti con acidosi), fino a che l'ammalato cessi di perdere in peso o fino a che si raggiungano le 30 calorie per kg. di peso. La questione delle calorie necessarie è molto complessa e non può risolversi che con lo studio del caso individuale, poichè diversi sono i bisogni, le esigenze, le attitudini di ogni organismo. In generale bisogna guardarsi da una ipealimentazione, che fa ritornare la glicosuria, aumenta il grasso e tende a provocare l'acidosi.

Nel caso che ricompaia la glicosuria, si deve subito stabilire il digiuno, da protrarsi per 24 ore o comunque fino a scomparsa del glucosio, e riprendere in seguito la dieta primitiva molto lentamente, guardandosi dal raggiungere il limite di tolleranza per gli idrati di carbonio.

Molto utili sono i *giorni settimanali di digiuno,* specialmente per gli individui a bassa tolleranza (meno di 20 g. al giorno): per quelli a maggiore tolleranza: (50-100 g.) si possono lasciare in tale giorno, la metà delle sostanze proteiche e degli alimenti al 5 % di carboidrati.

In questi ultimi tempi, Allen ha modificato il suo metodo, e ritiene che la dieta più conveniente da istituirsi dopo il digiuno debba essere composta totalmente o principalmente di proteine solo in tal modo può scomparire, oltre che la glicosuria, anche la iperglicemia. Certamente tale dieta comporta in qualche caso notevole riduzione del peso e delle forze del paziente, che deve quindi limitare grandemente la sua attività.

Nelle forme leggere ed iniziali, non è sempre necessario istituire il digiuno. L'esclusione dei grassi e dello zucchero, la sostituzione del pane (1) con le patate sono spesso sufficienti a fare scomparire la glicosuria. Si può in tali pazienti raggiungere spesso la tolleranza di 100 g. di idrati di carbonio: in seguito, si concederanno gradatamente i grassi. I casi gravi invece vanno trattati con cura meticolosa al principio e strettamente sorvegliati in seguito: in essi, i disturbi gastro-intestinali, i patemi d'animo, le leggere infezioni, l'affaticamento possono abbassare la tolleranza per gli idrati di carbonio e provocare acidosi e coma.

CRITICHE AL METODO DI ALLEN.

A parte le vedute teoriche di Allen, che non possono ritenersi applicabili in tutti i casi nell'uomo, il suo metodo trattamento è ben lungi dall'essere esente da critiche. In certe parti, esso non rappresenta affatto una novità: così i giorni di digiuno erano già stati prescritti da Cantani e da De Renzi, raccomandati in seguito da Nau-

(1) Diamo qui un elenco di alcune verdure e frutta, ordinate secondo il loro contenuto in carboidrati: al 5 %: lattuga, cetrioli, spinaci, pomidoro, asparagi, indivia, sedano, broccoli, cavolfiore, crescione, radicchio, uva, limoni; al 10 % rape, zucca, barbabietole, carote, cipolle, aranci, cocomero, pesche, ananas, fragole; al 15 % piselli verdi, carciofi, mele, pere, albicocche, ciliege; al 20 % patate , riso bollito, maccheroni, banane, prugne. I dati sono tolti dai lavori di Allen; per quanto risulta da altre analisi, il contenuto in carboidrati può ritenersi inferiore a quello accennato.

(1) Per quanto riguarda il pane, bisogna tener presente che quello al glutine, che si vende come adatto per diabetici, contiene quasi sempre il 20-40 per % di carboidrati.

nyn, v. Noorden, applicati sistematicamente in unione ai purganti da Guelpa. Nè essi, nel modo con cui vengono prescritti da Allen, sono senza altro utili in tutti i casi: vi sono diabetici, che ne risentono vantaggo, altri invece che non li tollerano affatto, presentando sintomi di catarro gastrico o di colite, oppure segni di acidosi e minaccia di coma (sonnolenza, debolezza, nausea, vomiti, dispnea); altri infine non hanno, da principio, alcun disturbo, ma in seguito, quando riprendono l'alimentazione, mostrano segni di acidosi, più grave che prima e diventano sempre più deboli ed emaciati. In complesso si può ritenere che il digiuno sia tollerato meglio dai soggetti magri, che dai grassi.

Un altro inconveniente, che si rimprovera al metodo di Allen è che, per la sua esecuzione scrupolosa, che ne sarebbe condizione essenziale, il paziente è costretto a vivere continuamente fra la bilancia che pesa gli alimenti e le provette per le analisi dell'orine, e quindi in condizioni poco tollerabili, con il pericolo che si sviluppino idee ipocondriache.

Ma il danno maggiore, che a tale trattamento si attribuisce, è quello proveniente dalla dieta troppo ristretta, che conduce all'inanizione. Il Falta cita, a questo proposito, la sua esperienza durante gli anni di guerra, quando, con la scomparsa dei grassi e la diminuzione dell'albumina, i diabetici furono costretti ad una dieta ridotta, che sembrava più razionale, per cui scomparvero glicosuria e chetonuria, ma comparve invece la cachessia e gli ammalati, invece che per coma, morirono per inanizione e per tubercolosi. Lo stesso autore cita, in termini ironici, il caso di un bambino a cui Allen era riuscito a far tollerare 20 g. di idrati di carbonio, ma che poi morì per estrema debolezza, non dissimile dall'asino della favola, che venne a morte proprio quando il padrone era riuscito ad abituarlo a non mangiare.

Di più, i limiti di tolleranza che Allen intende di stabilire per ogni individuo non hanno nulla di fisso, non dipendendo essi tanto dalla quantità e qualità dei carboidrati, quanto dalla composizione complessiva degli alimenti, che si danno con essi, e specialmente degli albuminoidi.

ALTRE DIETE.

Non è quindi da meravigliari se, con l'intento di mantenere in bilancio la nutrizione del diabetico, cosa tanto più necessaria in quanto che il suo organismo tende a distruggere, siano state proposte altre diete molto più ricche. Tali sono quelle di albuminoidi e grassi, usate da Falta, che comprendono 250 g. di carne, 4 uova, 50 g. di formaggio, 300 g. di panna, 150 g. di grasso (burro, strutto), legumi verdi, frutta. Con l'intento di diminuire l'azione chetoplastica dei grassi, la dose di albumina viene talora ridotta alla metà, pur concedendo un totale di 2800 calorie, che vengono in gran parte date dai grassi e dall'alcool.

Molto utili sono le diete a base di verdure, che anche nel trattamento di Allen, possono sostituire i giorni di digiuno, purchè non siano accompagnate da grassi. Il volume notevole di tale alimento dà il senso di sazietà, pur concedendo pochissime quantità di idrati di carbonio. Nella dieta stretta di verdure, queste si fanno cuocere, gettando per due volte l'acqua di cottura: gli idrati di carbonio vengono così ridotti quasi a zero; il Falta vi aggiunge poi del grasso sotto forma di burro ed olio (220 g. del primo e 50 del secondo) in modo da coprire il bisogno energetico.

Il regime vegetariano (che è stato introdotto per i diabetici da De Renzi e Reale) presenta diversi vantaggi in quanto che è molto adatto per far diminuire o scomparire la glicosuria: esso inoltre per il suo stesso volume determina presto il senso di sazietà, che in molti diabetici polifagici si ottiene solo con un notevole volume di alimenti: per la quantità di scorie, che esso contiene, tiene in attività le funzioni intestinali, ciò che è assai utile nei diabetici.

Interessanti sono i risultati ottenuti con regimi a base di carboidrati, introdotti sistematicamente da v. Noorden. Si fa precedere una dieta povera di albumina e senza idrati di carbonio, poi vi si aggiungono questi ultimi, in forma di farina d'avena. Si osserva allora che la glicosuria scompare e così pure scompare o viene di molto diminuita l'acidosi.

L'azione benefica di questa dieta non ha ancora ricevuto una spiegazione sufficiente: è da escludersi la presenza di sostanze specifiche, le quali possono favorire la combustione degli idrati di carbonio, e così pure non si può ammettere un certo inspessimento del filtro renale, che impedisce l'escrezione degli idrati di carbonio. Secondo alcuni, il beneficio consisterebbe nel modo particolare di degradazione della malecola di questo amido, nè vi sarebbe estranea l'attività saccarolitica della flora intestinale, secondo altri i vantaggi sarebbero più che altro dovuti alla riduzione della dieta e specialmente dell'albumina.

La farina di avena si dà a dosi di 100-250 g. al giorno, in forma di zuppe, accompagnandola a burro (200-300 g.) e ad albumina vegetale: vanno escluse in tale cura le albumine animali, solo concedendo raramente le uova; questa dieta si intramezza con giorni a sole verdure ed ogni tanto con un giorno di digiuno. Essa viene completata o sostituita con altri idrati di carbonio provenienti dai cereali (riso, farina di frumento,

di grano-turco), di legumi (lenticchie, piselli) dalle patate, banane, ecc. Petersen ha ottenuto buoni risultati persino con la cura a base di semolino e di maccheroni e nelle diete di Falta compaiono spesso il risotto, la polenta, ecc.

Un inconveniente di questa dieta, specialmente di quella a base di farina d'avena, è la produzione degli edemi che sono da attribuirsi da alcuni a natura tossica, da altri ad inanizione od a ritenzione d'acqua, analogamente a quanto avviene nei bambini a dieta di farinacei; la recente esperienza degli edemi di guerra sarebbe in appoggio di queste ultime due cause.

Le diete a base di idrati di carbonio, che almeno apparentemente contrastano con i criteri dominanti, sarebbero indicate per favorire l'accumulo di acqua (si nota con esse grande riduzione della diuresi), di idrati di carbonio e di albumina nell'organismo, per diminuire l'acidosi, per concedere riposo agli organi digerenti, specialmente al pancreas, ed aumentare così la tolleranza agli idrati di carbonio: da ultimo, più o meno modificate possono sostituire i giorni di digiuno.

* * *

Come si vede da quanto si è esposto, i pareri degli autori sono molto disparati e quindi anche le loro prescrizioni per il trattamento dietetico sono affatto diverse e spesso contradditorie. Risultati favorevoli sono stati ottenuti dagli uni con l'esclusione dei carboidrati, dagli altri concedendone invece una quantità notevole, dagli uni eliminando totalmente i grassi, dagli altri ricorrendo prevalentemente ad essi per supplire al bisogno energetico, dagli uni riducendo il vitto al minimo, dagli altri somministrando una quantità abbastanza notevole di alimento.

Ciò sta a dimostrare due ordini di fatti. Anzitutto le nostre concezioni rispetto al contenuto calorico degli alimenti ed alle loro trasformazioni chimiche sono troppo semplicistе. Ciò che è vero nella provetta del chimico non lo è sempre nelle cellule dell'organismo, ciò che può ammettersi per un individuo non vale per l'altro, poichè il metabolismo è una funzione affatto relativa. Ogni soggetto possiede un metabolismo basale proprio, che non può venire misurato in termini matematici, come non si può essere sicuri che gli alimenti, accuratamente calcolati e pesati, che somministriamo ai diabetici compiano il loro effetto, senza essere variamene influenzati dalle leggi della nutrizione e della digestione.

Inoltre, come già si è accennato, noi comprendiamo sotto il nome di diabete una quantità di forme, che probabilmente hanno di comune fra loro la sola glicosuria e ne concludiamo che essa dipenda da disturbi nel metabolismo degli idrati di carbonio, mentre può anche dipendere da quello degli albuminoidi e dei grassi; sono invece tutte le funzioni metaboliche che sono in sbilancio nel diabete. Così pure la scomparsa della glicosuria e della chetonuria non può considerarsi come unico criterio per giudicare dell'efficacia del trattamento: anche l'albuminuria scompare nel digiuno, ma non per ciò si può ritenere guarito o sopito il processo nefritico a cui essa è legata.

Senza entrare nel complesso e spinoso problema della patogenesi del diabete, è chiaro che essa è ben lungi dall'essere univoca, quindi, pure riconoscendo il grande valore degli studi di Allen, non si può applicarli quasi incondizionatamente all'uomo, nel quale p. e. l'importanza del fegato, come organo diabetogeno, non può essere misconosciuta. L'ammettere quindi cause diverse porta a diversità di prognosi e di trattamento.

Vi sono individui, nei quali il diabete si sviluppa per lo più nella seconda metà della vita, di solito amanti della tavola, abituati a vita sedentaria. Sono questi i soggetti, che costituiscono la base del successo di tutti i trattamenti: sono essi che tollerano bene il digiuno, diventando presto glicosurici, che sopportano bene i regimi a base di carboidrati, che anche con diete ricche di grassi non sviluppano acidosi e portano per lunghi anni la loro malattia, rimanendo in condizioni tollerabili di vita. Ve ne sono altri invece, specialmente giovani, i quali, con abbondante diuresi, hanno elevata glicosuria, che scompare difficilmente anche con regime stretto, presentano quasi costantemente chetonuria, resistono male al digiuno presentano spesso acidosi e finiscono frequentemente per coma o per inanizione.

Grave errore è dunque quello di schematizzare la cura ed applicarla senza giusti criteri di discriminazione, rivedendo l'ammalato, solo a lunghi intervalli; così p. e. la tolleranza per gli idrati di carbonio non è in rapporto assoluto con la composizione chimica degli alimenti, ma bene spesso col fattore individuale. Vi sono soggetti, che non mostrano glicosuria con oltre un ettogrammo di patate, e che la presentano invece con 20-30 g. di carne: così pure è erroneo lo stabilire la quantità di cibo unicamente in base alle calorie, ritenendo che ne siano necessarie e sufficienti 2500-3000; si deve invece dare all'individuo tanto alimento che basti per compiere i lavori ordinari.

Nel trattamento occorrerà attenersi ad alcuni capisaldi di incontrastata efficacia; sono essi specialmente: a) *l'utilità di iniziare precocemente la cura;* b) *la riduzione della dieta* sia in complesso, sia in rapporto ai diversi costituenti e specialmente agli idrati di carbonio; c) *i giorni*

di digiuno, non sempre applicati a lungo, come consiglia Allen, ma, sia all'inizio, con l'intento di fare scomparire la glicosuria, sia in seguito anche a mezze giornate di digiuno, sostituibili eventualmente da giorni a dieta di legumi e di frutta; d) *la notevole utilità della dieta vegetariana*; e) *l'azione cheto-plastica dei grassi,* per cui questi non vanno somministrati in quantità esagerata, o senza sufficiente quantità di altri alimenti.

Ogni individuo va poi studiato nel suo modo di reagire alla dieta che si istituisce, e seguito, in modo da poter sorprendere all'inizio i possibili incidenti e porvi rimedio. A tale uopo, si terrà gran conto dei sintomi subbiettivi da parte dell'ammalato, della curva del peso, dell'esame dell'orina, specialmente per quanto riguarda lo zucchero ed i corpi chetonici. Le altre ricerche, quali l'iperglicemia, la tensione dell'anidride carbonica nell'aria alveolare, ecc., oltre ad esigere attitudini tecniche e mezzi, che non sono sempre alla portata del medico pratico, non forniscono sempre risultati con significato preciso.

Il diabetico dovrà poi attenersi a scrupolose regole igieniche, per quanto riguarda la pelle, i denti, le funzioni intestinali, l'esercizio fisico, ecc. non dimenticando mai che anche nei periodi favorevoli si trova in uno stato di equilibrio instabile, che un errore dietetico, un'infezione possono rompere, determinando incidenti gravi ed anche fatali.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DEI SS. GIOVANNI E PAOLO IN VENEZIA.
DIVISIONE DERMOSIFILOPATICA
diretta dal prof. G. B. FIOCCO.

Emorragie e gangrene simmetriche del palmo delle mani da reazione anafilattica

per il dott. ANTONIO POZZO, assistente.

In una paziente affetta da poliartrite reumatica acuta, trattata con ripetute iniezioni di siero antistafilococcico polivalente Wellcome e venuta a morte in seguito ad anafilassi per detto siero, si osservarono, come manifestazioni concomitanti della sindrome anafilattica, delle lesioni cutanee — porpora emorragica agli avambracci, focolai simmetrici emorragico-necrotici al palmo delle mani — quali non si rinvengono comunemente in seguito a siero o vaccinoterapia, lesioni tanto più interessanti ora che gli studi sulle reazioni anafilattiche degli organismi e l'impiego dei più svariati sieri e vaccini su scala sempre maggiore contribuiscono a portar nuovi spiragli di luce sui complessi fenomeni chimici e biologici legati alla introduzione di sieri ed albumine estranee nell'organismo animale. Credo opportuno riportare anzitutto brevemente il reperto necroscopico e l'epicrisi, quali furono dettati nell'Istituto di anatomia patologica dell'ospedale.

M... L..., di anni 34, morta l'8 novembre 1919.

Reperto necroscopico. — Edema duro degli arti inferiori con cianosi agli estremi distali. Porpora punctata recente visibile appena alla superficie dorsale delle mani e degli avambracci.

In corrispondenza delle regioni palmari macchie roseo-paonazze. Ventre flaccido, piatto. Calotta cranica normale. Leggero stato di anemia della sostanza encefalica. Nessun focolaio patologico. Circolo del Willis integro. Cuore di medio volume, con VD flaccido, masse cruorose nel cuore destro, punta costituita dal VS. Epicardio terso. Valvole aortiche a tenuta perfetta. Emorragie recenti nello spessore del pizzo aostico presso il punto d'attacco mediale all'anello, del volume di una lenticchia. Semilunari aortiche estensibili, integre. Integro l'endocardio valvolare del cuore destro. Chiuso il foro ovale. Sane le coronarie. Polmoni: liberi da aderenze, soffici, irrorati di sangue come di norma, con apici illesi. Lievissimo edema acuto dalla base di destra. Non emorragie sottopleuriche. Sani i costituenti del peduncolo polmonare, salvo un focolaio tubercolare antico calcificato in una linfoglandula ilare destra. Milza: leggermente ingrossata, con capsula tesa, parenchima molliccio di color roseo carico con piccole isole opache di iperplasia follicolare. Presso l'incisura del bordo inferiore un focolaio di necrobiosi embolico-ischemica del volume di un'avellana. Reni: di volume leggermente aumentato il S, di meglio volume il D, lisci, di consistenza media, bene scapsulabili, di colorito creta chiara con punteggiature sottocapsulari qua e là. Vene capsulari del Verein evidenti. Pallore e degenerazione grassa della corteccia e delle colonne di Bertin. Corteccia non inspessita. Piramidi rosee chiare. Mucosa dei calici integra. Vescica urinaria vuota, a pareti sane. Genitali interni: nulla. Fegato: voluminoso, liscio, sodo, con glissoniana tersa. Voluminoso angioma della superficie convessa del grande lobo. Parenchima grasso; al taglio tramanda lieve odore di acetone. Cistifellea con scarsa bile fluida. La distinzione lobulare del fegato è abbastanza manifesta. Nella iliaca comune destra vi è un trombo obliterante sodo grigio-roseo che si prolunga giù giù nel vaso, oltre la sua biforcazione nella iliaca esterna fino ad acquistare nell'estremo inguinale a livello dell'arcata di Poupart aspetto di cruore. Tale trombo si prolunga nella cava ascendente come trombo parietale in parte, in parte come formazione poliposa libera; si estende dal lato opposto a cavaliere dello sprone delle due iliache nella iliaca primitiva sinistra continuandosi poi nell'estrema di sinistra fino alla piega dell'inguine.

Epicrisi: Tromboflebite delle iliache comuni di recente data con secondario edema e cianosi degli arti inferiori quale effetto di reazione anafilattica da siero polivalente antistafilococcico. Degenerazione grassa acuta tossiemica del fegato e dei reni. Traccie di porpora emorragica agli arti superiori.

Per quanto riguarda le alterazioni cutanee è da osservare che, oltre alla manifestazione di porpora agli arti superiori, sul palmo delle mani, in modo simmetrico, erano già comparse alcuni giorni prima della morte, come reazione all'impiego del siero antistafilococcico, delle chiazze ecchimotiche, alcune grandi come una moneta da due centesimi, altre più piccole, isolate, concomitanti alla comparsa dei noduletti di porpora agli avambracci e al dorso delle mani. Asportati, dopo il decesso, dei lembi di tessuto in corrispondenza di dette zone ecchimotiche, si osservarono alterazioni microscopiche tali da far ritenere che dette lesioni erano rappresentate da fatti di gangrena e di emorragia consecutivi a tromboflebite dei vasi del connettivo sottocutaneo e del derma. Lo strato corneo e lo strato granuloso appaiono, in preparati di tali sezioni, sollevati in più punti e staccati dagli strati sottostanti per formazione di lacune entro cui si osservano lamine di sfaldamento e scarsi leucociti; sia in tali punti come pure là ove i due strati sono ancora aderenti a quello spinoso, essi appaiono completamente mortificati e sfaldabili. Anche lo strato malpighiano presenta dei vacuoli, abbondantemente sparsi nel suo spessore; i suoi elementi ora appaiono fortemente idropici, ora mortificati. Le papille sono pure fortemente edematose; nel corpo papillare si addentrano talora infiltrati arvicellulari e suffusioni emorragiche. Il collageno ha una degenerazione quasi mucinica in blocco, mentre l'elastico subisce una degenerazione in collastina sì da apparire come blocchi avidi di sostanza basofila. Le degenerazioni delle ghiandole sudorali sono pure interessanti: mentra i tubuli retti si conservano abbastanza normali, i tubuli torti si trovano in un periodo di degenerazione molto avanzato con distacco disordinato dell'epitelio, degenerazione del protoplasma cellulare, così che le cellule non si distinguono quasi più e non si vedono che nuclei che zaffano quasi completamente il tubulo. Edema molto rilevante delle tuniche vasali, così che i nuclei risaltano molto più intensamente; l'endotelio è tutto staccato, edematoso, con il protoplasma ridotto quasi a un blocco di sostanza amorfa. Si forma quindi il blocco di fibrina che ostruisce il lume del vaso, con i caratteri di una formazione di fibrina in loco. Anche nelle trabecole connettivali fra le zolle adipose notansi suffusioni emorragiche. Nello stadio in cui i vasi sono ancora aperti, nei punti periferici, e non v'è che una necrosi da coagulazione dei tessuti, si osserva, come si accennò, la presenza di un infiltrato a tipo quasi infiammatorio con numerosi leucociti e mastzellen di Ehrlich. Nei punti più periferici la degenerazione mucinica è meno intensa, quella dell'elastico è appena iniziale, e sono invece molto colorate le cellule stellate del connettivo. Riassumendo, in complesso, si notano, come alterazioni principali: uno stato edematoso di tutti gli strati, con mortificazione, vacuolizzazione del protoplasma e formazione di vescicole negli strati superficiali, infiltrati e stravasi nel corpo papillare e nel derma, tromboflebite dei vasi del connettivo sottocutaneo.

Ho creduto importante riferire tali alterazioni perchè, per quanto riguarda gli accidenti da siero nella pratica dermatologica, la descrizione delle varietà eruttive determinate da sieri o vaccini è limitata a pochi tipi morfologici e a poche varietà di sieri; infatti la maggior parte della letteratura sull'argomento verte sugli accidenti da siero antidifterico, quello di più antico e di più vasto uso nella scala dei sieri antitossici.

Giova subito ricordare che lo « choc » anafilattico con i fenomeni concomitanti non è tanto dovuto alla varietà di siero impiegata quanto e sopratutto al fatto che in uno stesso animale si introducono, in un periodo in cui questo è squisitamente sensibilizzato verso un dato serio di diverso animale, nuove quantità dello stesso siero in modo da determinare una violenta reazione di specificità. Oltre che all'impiego di sieri la reazione può essere dovuta all'impiego di vaccini o all'uso di altre sostanze medicamentose per le quali esista in dati organismi una spiccata sensibilità, prima indicata con il nome di idiosincrasia.

Le prime osservazioni in questo campo sono quelle date dallo studio delle eruzioni dovute all'impiego della tubercolina di Koch: roseolea; orticaria; erpete labiale; eruzioni vescico-pustolose. Seguono quelle concernenti gli esantemi da siero antidifterico; poi, in ordine di tempo, quelle da siero antitetanico, antistreptococcico, ecc. Si tratta, nella grande maggioranza dei casi di esantemi i cui caratteri clinici sono talora comuni (comparsa dopo 7-14 giorni dall'iniezione — talora però anche dopo poche ore — tendenza alla generalizzazione) e le cui varie forme sono tutte derivate dal tipo eritematoso: eritemi roseoliformi, scarlattiniformi, a tipo polimorfo, essudativo, orticato, purpureo.

A noi interessa questo ultimo tipo, che è anche il più raro. Più che di una vera porpora emorragica, nelle osservazioni sin qui note, non si trattava per lo più che di una congestione assai marcata a livello della lesione eritematosa, congestione che di fatto scompariva in pochissimo tempo. La sindrome anafilattica sarebbe determinata, secondo alcuni, dalla formazione di un veleno specifico: l'apotossina di Richet, il gruppo tossico dell'albumina di Vaughan e Wheeler, l'anafilotossina di Friedberger, la sostanza pepto-

niforme di Kraus e Biedl, il derivato alessico di Doerr, sono stati tratti in causa come agenti dello *choc* di reazione. Il Besredka nega invece l'esistenza o la formazione di una tale tossina; la reazione sarebbe dovuta all'unione della sostanza sensibilizzatrice, o antigeno, con la sensibilisina o anticorpo. L'immunità antianafilattica è dovuta alla neutralizzazione lenta della sensibilisina da parte dell'antigene: si tratta, cioè, di una desensibilizzazione progressiva dell'animale che avverrebbe anche nello «choc»; in tale caso, però, in modo rapido e violento, determinando sindromi più complesse, e spesso letali, in cui gli esantemi sono una delle non meno interessanti manifestazioni. Se difficile ed ancora controversa è la questione del meccanismo di formazione della reazione anafilattica, difficile è pure interpretare il meccanismo della lesione negli esantemi emorragici da siero. Si deve ritenere trattarsi d'azione diretta delle tossine sugli endotelii vasali? o, se si deve negare, con il Besredka, la formazione di tossine. Si tratta di un aumento di permeabilità delle pareti vasali per aumento della pressione sanguigna? Ma allora si spiegano meno bene i fatti di tromboflebite così marcati nel nostro caso. Oppure, data la relativa rarità di spiccati fenomeni emorragici negli eritemi da siero, si deve ricorrere alla ipotesi di una diatesi emorragica, ipotesi che, nel caso in questione, potrebbe suffragarsi con il fatto che si trattava di una poliartrite reumatica, affezione in cui la forma purpurea non è rara? O che, data la analogia che gli esantemi tossici presentano con quelli consecutivi a disturbi funzionali dei nervi vasomotori, si deve supporre trattarsi di stimolazione dei nervi vasomotori da sostanze tossiche; o, accettando l'ipotesi del Besredka, che pone il meccanismo della reazione anafilattica specialmente in funzione dei centri nervosi, di stimolazione diretta dei nervi vasomotori per lesione anafilattica dei loro centri?

La presenza di trombi obliteranti nelle iliache comuni, le alterazioni dovute ai focolai di trombosi arteriosa e venosa nei vasi del sottocutaneo, l'emolisi che si osserva negli stravasi ipodermici, potrebbero piuttosto deporre per l'esistenza di una tossina anafilattica che avrebbe agito in modo diretto sugli endotelii vasali determinando la degenerazione necrobiotica degli endotelii stessi e le alterazioni a questa consecutive.

Venezia, 26 febbraio 1920.

LETTERATURA.

BESREDKA. *Anaphylazie et Antianephylazie*. Paris, Masson, 1917.

DOMINICI, P. *La pratique dermatologique*. Paris, Masson, 1914.

DUBREUILL W. *Les exantèmes sérothérapiques*. Bordeaux, 1895.

SACK A. *Beiträge zur Kenntniss der Hautblutungen*. «Monatschr. f. prakt. Dermatologie», Bd. XVII.

THIBIERGE G. *Eruptions médicamenteuses*. Paris, Masson, 1901.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

L'esclusione del piloro.

Indicazioni e tecnica.

(C. DUNET e M. VERQUORY, *Gazette des hôpiteaux*, nn. 47 e 48, 1919).

L'esclusione del piloro consiste nell'eliminare chirurgicamente questo segmento del tubo digerente in maniera da interrompere il passaggio gastro-intestinale.

Storia. — Spetta a Doyen l'onore di avere per il primo praticata, nel 1892, l'esclusione del piloro nell'uomo. Nel 1895 von Eiselsberg reinventa il processo, che applica in casi di ulcere callose e di cancri inoperabili, ma in seguito ne riconosce la priorità a Doyen. Nel 1898 Chauvel regola in modo minuzioso la tecnica operatoria e Codivilla pubblica alcuni risultati. Ne 1903 Berg riporta due casi di fistola duodenale, consecutivi ad ulcere perforate, guariti con l'esclusione del piloro. Quenu propone il metodo come trattamento dell'ulcera duodenale accompagnata da emorragie gravi. Nl 1907 Delbet conferma i risultati delle esperienze di Keliing sugli animali, cioè che, se il piloro resta permeabile nella gastro-entero-anastomosi, la nuova bocca creata non funziona fisiologicamente. Dell'istesso avviso è anche Tuffier. Nel 1907 Jonnesco pubblica una serie di casi e precisa le indicazioni del metodo. Nel 1908 Bérard comunica il risultato delle radioscopie dopo la semplice gastro-enterostomia, facendo noto che il pasto bismutato passa simultaneamente per il piloro e per la nuova bocca gastrica. Nel 1912 Hartmann conclude all'inutilità dell'esclusione del piloro. Egli cerca la ragione dei risultati differenti ottenuti dopo la gastro-enterostomia nella sede della nuova bocca. Nel 1914 Enriquez e Gosset insistono di nuovo sull'insufficienza della gastro-entero-anastomosi.

Nel frattempo, i chirurgi italiani, in particolare Parlavecchio, Brandisi, Massetti, Biondi, Cecherelli si occupano del lato tecnico e sperimentale della questione. Nel 1915 Bastianelli consacra nel *Journal de chirurgie* un articolo all'esclusione pilorica.

Durante la guerra i chirurgi non pubblicano nulla sulla questione.

In definitiva, dopo 25 anni, la questione del-

l'esclusione del piloro ha suscitato lavori interrotti e controversie che rimettono in discussione tutta la chirurgia gastrica e in particolare il valore intrinseco della gastro-entero-anastomosi.

Indicazioni. — È l'insufficienza della gastroenterostomia, nel trattamento dell'ulcera gastrica, che ha orientato i chirurgi verso un trattamento più efficace. Le delusioni erano le seguenti: dopo un periodo di miglioramento spesso straordinariamento rapido e qualche volta anche prolungato, dopo semplice gastro-enterostomia, gli operati vedevano ricomparire dolori, ipercloridria, emorragia, e talora perforazione, peritonite: in una parola l'ulcera continuava o ricominciava ad evolvere.

Analizzando il meccanismo di queste recidive, si venne ad ammettere che il piloro, ritornato permeabile, lasciasse di nuovo passare gli alimenti; la zona patologica non essendo più in riposo, ricomparivano i disturbi.

Il fatto messo in discussione era dunque il seguente: il piloro resta permeabile?

Seguirono una serie di ricerche e di osservazioni, ma i risultati non sono stati concordanti. Anche oggi ci troviamo in presenza di due opinioni diametralmente opposte: l'una ammette che le due bocche pilorica e digiunale funzionino simultaneamente (Berard, Hess e Hantell, Hartmann, Metivet), l'altra che solo la bocca pilorica resti permeabile se non è sede di una stenosi cicatriziale (Kelling, Blake, Tuffier e Aubourg, Frouin, Leguett e Maury, Delbet).

Nei due casi è dunque ammessa la permeabilità pilorica, e perciò queste due opinioni così differenti in apparenza militano in favore dell'esclusione pilorica. Infatti, che la bocca gastrodigiunale sia permeabile o no, il piloro conserva la sua funzione; anche ridotto il passaggio alimentare si effettua, per cui la zona ulcerata resta sempre traumatizzata.

Le indicazioni dell'esclusione del piloro sembrano dunque facili a stabilire: esse sono dettate dalla necessità di mettere fuori di portata del contenuto gastrico ogni zona patologica, sia essa juxta-pilorica, pilorica o duodenale. Naturalmente il trattamento ideale consisterebbe nella resezione dell'ulcera o l'abliazione del tumore, ma le aderenze o l'estensione neoplasica possono impedire l'exeresi. In ogni caso l'esclusione del piloro deve sempre naturalmente andare di pari passo con la gastro-enterostomia, la quale è indicata nell'ulcera gastrica, in quella duodenale, nel cancro pilorico o duodenale, negl'insuccessi della gastro-enterostomia, nelle fistole duodenali, nei disturbi funzionali gastrici senza rapporto con lesioni ulcerose.

1. *Ulcera pilorica o juxta-pilorica.* — Nella stenosi pilorica fibrosa serrata non suscettibile di regressione (da non confondersi con la stenosi funzionale spasmodica), consecutiva ad un'ulcera cicatriziale, basta la semplice gastro-enterostomia, l'esclusione del piloro essendo realizzata dal processo di guarigione dell'ulcera.

Se l'ulcera è in via di cicatrizzazione è prudente di praticare l'esclusione, per la ragione che il processo di guarigione anche accentuato è suscettibile di riattivazione sotto l'influenza del passaggo alimentare gastro-intestinale.

Per contro, l'indicazione è formale se il piloro è restato o può tornare permeabile, sopratutto se si tratta di ulcera ad evoluzione emorragica. Quì è formalmente indicato di escludere la zona patologica, non solo per evitare la doppia corrente evacuatrice, ma per prevenire complicazioni, come la perforazione, la trasformazione dell'ulcera in cancro.

2. *Ulcera duodenale.* — Le difficoltà della resezione della prima porzione del duodeno estendono ancora all'ulcera duodenale le indicazioni dell'esclusione pilorica. Tuttavia l'indicazione dell'esclusione del piloro non è qui formale e le si deve preferire l'esclusione duodenale secondo il consiglio di Leriche e Bressot.

3. *Cancro pilorico o duodenale.* — In ogni cancro del tubo digerente vi è un elemento sopraggiunto, l'elemento infiammatorio, che favorisce l'estensione locale, l'emorragia, lo sfacelo e la generalizzazione. Il cancro è la porta d'entrata di molte infezioni e intossicazioni; l'organismo non si trova a lottare solamente contro il neoplasma, ma ancora contro i differenti agenti patogeni ospiti abituali del tubo digestivo.

Nessuno discute più i molteplici vantaggi dell'ano iliaco nel cancro rettale, e tutti i chirurgi potrebbero citare casi di neoplasmi del retto a decorso rapido con emorragie ripetute, sfacelo e riassorbimento tossico, in cui il semplice riposo bastò a rallentare l'evoluzione e far retrocedere i fenomeni infiammatori che immobilizzavano il tumore.

Le medesime deduzioni sono valevoli per i tumori piloro-duodenali e ne abbiamo una prova nell'osservazione dimostrativa di Pauchet. Il quale praticò l'esclusione del piloro per un neoplasma duodeno-pilorico emorragico e potè, grazie a quest'intervento, praticare alcune settimane più tardi un'ablazione radicale, seguita a suo dire, da guarigione.

Senza osare di sperare risultati sempre così favorevoli, tutte le volte che l'esclusione è anatomicamente realizzabile quando la gastrectomia non l'è più, essa va sempre eseguita.

4. *Insuccessi della gastro-enterostomia.* — Se in un gastro-enterostomizzato si presenta la sindrome dispeptica secondaria descritta da Denéchau, l'esperienza ha dimostrato che l'esclusione

del piloro produce la sedazione degli accidenti. Essendo l'ulcera recidivata, l'indicazione formale è di mettere in riposo la zona patologica, condizione ralizzata dall'esclusione.

5. *Fistole duodenali.* — In seguito ad interventi nelle vie biliari duodenali o a fistolizzazione di ascessi periduodenali consecutivi ad ulcere, si possono produrre delle fistole con passaggio degli alimenti, in cui la gastro-enterostomia è insufficiente (2 casi di Berg) e solo l'esclusione perviene a far cessare il flusso alimentare.

6. *Disturbi gastrici funzionali senza rapporto visibile con lesioni ulcerose.* — Bastianelli ha pubblicato quattro osservazioni di disturbi gastrici (ipercloridria, spasmo doloroso, vomiti) trattati con l'esclusione pilorica e la gastro-enterostomia. Questo A. ha praticato in ciascun caso la gastrotomia trasversale senza mai poter scoprire l'ulcera supposta responsabile dei disturbi osservati. I quattro casi furono seguiti da guarigione.

È probabile che l'esclusione, sopprimendo chirurgicamente la causa anatomica dei fenomeni riflessi di cui i gruppi ganglionari ed i plessi nervosi pilorici sono la sede, sopprime di conseguenza anche i disturbi funzionali come i vomiti, gli spasmi, ecc.

TECNICA OPERATORIA. — Due metodi generali mirano allo stesso scopo: l'uno apre la cavità digestiva (processi intramucosi), l'altro la rispetta (processi extramucosi).

I. *Processi che aprono la cavità digerente.*

1. *Tecnica di Doyen.* — Consiste nel sezionare completamente lo stomaco a monte del piloro e nel chiudere con tre piani di sutura i monconi gastrici;

2. *Tecnica di Chauvel.* — Si esteriorizza il segmento gastrico parapilorico su cui si deve portare la sezione; si sfondano i due legamenti gastro-epatico e gastro-colico in uno spazio avascolare; si legano l'arteria coronaria stomacica e l'arteria gastrò-epiploica a monte della lesione; coprostasi; sezione totale dalla grande alla piccola curvatura e sutura a tre piani dei due monconi; gastro-entero-anastomosi transmesocolica posteriore e per evitare la penetrazione e lo strozzamento possibile dell'intestino tenue nella retro-cavità degli epiploon, si termina l'operazione spingendo tutto il grande epiploon in questa cavità e suturandolo intorno alla breccia creata.

Processo di Jonnesco. — Jonnesco consiglia di fare la sezione gastrica abbastanza lontano dal piloro per meglio esteriorizzare l'organo ed escludere la fossa juxta-pilorica in cui si trovano spesso piccole erosioni satelliti della grande ulcera.

Processo di Quénu. — Quénu, dopo aver chiuso ermeticamente i due monconi, li addossa l'uno all'altro allo scopo di chiudere la retrocavità degli epiploon.

Modificazione di Leriche e Bressot. — Questi AA. hanno consigliato di praticare la sezione non a livello dell'antro, ma in pieno sfintere pilorico. La chiusura è così più rapida e più ermetica. Inoltre, per diminuire la durata dell'operazione, consigliano (e ciò non è raccomandabile) di praticare la gastro-enterostomia col bottone di Jaboulay.

3. *Tecnica di Biondi.* — È il solo processo d'esclusione del piloro descritto da Marion nella sua tecnica chirurgica.

Ecco i dettagli dell'intervento:

a) incisione di 5 cm. sulla faccia anteriore del piloro, parallela all'asse principale;

b) isolamento di un manicotto mucoso su tutta la circonferenza del piloro, nel mezzo del cilindro siero-muscolare aperto;

c) legatura alle due estremità del manicotto mucoso e resezione del segmento intermedio;

d) sutura siero-muscolare in due piani praticata in modo che le labbra dell'incisione siano respinte nell'interno del condotto.

II. *Processi rispettanti la cavità digerente.*

1. *Tecnica di Doyen*:

a) Invaginazione con le dita verso il duodeno di una parte solamente delle pareti stomacali che si fissano con 3 o 4 punti di sutura;

b) piegatura del piloro avanti la zona invaginata che resta posteriore;

c) sutura longitudinale.

2. *Tecnica di Girard.* — Questo autore pratica un'incisione verticale sulla faccia anteriore dello stomaco, che va dalla piccola alla grande curvatura senza interessare la mucosa. Le labbra di questa incisione siero-muscolare sono scoltate sopratutto nel loro mezzo; in questo punto due uncini smussi tirando orizzontalmente trasformano in una losanga questa ferita che è suturata secondo l'asse del tubo intestinale.

3. *Tecnica di Parlavecchio o processo detto « al laccio ».* — Questo processo consiste nel praticare una piccola finestra nell'epiploon gastro-colico, nell'introdurre attraverso tale orificio nella retrocavità degli epiploon una pinza curva portante il laccio costrittore, nel far riuscire attraverso l'epiploon gastro-epatico il laccio, che sarà stretto (meglio suturandolo che annodandolo) intorno allo stomaco a monte della lesione, si termina con un sopragitto siero-sieroso nel laccio, per evitare le aderenze con gli organi vicini, specialmente con il fegato.

Questo metodo è particolarmente seducente per la sua eleganza e la rapidità d'esecuzione, apprezzabile sopratutto nei soggetti indeboliti e spesso già cachettici. Si ovvia all'accusa di Manninger, Genersich e Borszeky che i lacci taglino

rapidissimamente i tessuti e cadano nel lume gastrico, stringendoli debolmente. Gli operati non hanno presentato, anche a lunga distanza dall'intervento, la sindrome dispeptica secondaria, dovuta alla recidiva dell'ulcera, ciò che dimostra che l'esclusione pilorica resta completa, come hanno anche fatto vedere gli esami radioscopici.

Le variazioni proposte di questo processo, come la legatura con un manicotto epiploico (Hokanieff e Hackenbrück), o con un lembo aponeurotico (Nassetti, Wilms), o con il legamento sospensore del fegato (Manninger), o lo schiacciamento e la legatura (Manninger), offrono svantaggi.

Conclusioni tecniche. — Il processo di Doyen, Chauvel e quelli che ne derivano hanno il vantaggio di dare la certezza dell'esclusione realizzando un'obliterazione definitiva della regione pilorica. Ma questo processo presenta il grave inconveniente di allungare notevolmente la durata dell'intervento nei malati già indeboliti e spesso cachettici.

I rischi d'infezione, benchè minimi, devono anche essere presi in considerazione. Per queste ragioni il processo di Biondi realizza i vantaggi ricercati senza averne gl'inconvenienti.

Gli altri processi (Doyen, Parlavecchio, Girard) che non aprono la cavità digerente non danno una certezza assoluta di esclusione. È impossibile, infatti, di controllare il grado d'obliterazione realizzato.

Quanto all'accusa fatta al processo del laccio di esporre alla rottura completa delle tuniche, essa è esagerata, per il fatto che la legatura si pratica sotto il controllo della vista e basta impiegare un filo sufficientemente grosso per evitare l'effrazione della siero-muscolare.

Si può ammettere che il processo di Parlavecchio realizza immediatamente l'esclusione del piloro, ma si devono fare delle riserve per ciò che concerne l'avvenire. Si può, infatti, dubitare dell'efficacia durevole dei tentativi di restringimento con la semplice legatura, in considerazione di quel che si sa di questo processo di fronte agli altri canali dell'organismo. In ogni caso il vantaggio grande di questo processo, la sua rapidità e la sua facilità di esecuzione sono apprezzabili sopratutto nei soggetti anemizzati, non suscettibili di sopportare un intervento di lunga durata.

Quale che sia la tecnica impiegata, conviene di procedere alla gastro-enterostomia prima di ogni altra manovra, per la eventualità di incidenti, perchè se l'esclusione è uno dei tempi indispensabili dell'intervento generale, la gastro-enterostomia resta malgrado tutto il tempo principale.

Conclusioni generali. — In definitiva l'esclusione del piloro resta un intervento discusso dai chirurgi e gli sperimentatori. Checchè ne sia, oggigiorno sembra essere indicata, nell'impossibilità di un intervento radicale, nei casi seguenti: ulcere e cancri pilorici e duodenali, particolarmente quelli che sanguinano; fistole duodenali e insuccessi della gastro-enterostomia.

Nei soggetti indeboliti e cachettici, in cui bisogna far presto, s'impiegherà di preferenza il processo di Parlavecchio.

Allorchè lo stato generale è soddisfacente si potrà praticare un intervento definitivo, secondo la tecnica di Chauvel e sopratutto di Biondi.

L'esclusione del piloro vedrà verosimilmente le sue indicazioni sempre più ristrette dalla precocità degli interventi gastrici e da una terapeutica diretta e radicale.

B. MASCI.

MEDICINA.

La psiconeurosi tubercolare.

(G. SCHOK. *Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 6, 1920).

Esistono dei tisici, i quali durante tutto il corso tormentoso della loro malattia, conservano immutati la psiche e il carattere attendendo rassegnati la fine o tentando razionalmente di raggiungere la guarigione; nella maggior parte dei casi però, si può constatare negli ammalati di tubercolosi polmonare una speciale concezione della vita e del mondo, che impronta in maniera caratteristica la vita animica di essi tutti. Nonostante le rilevanti differenze individuali, per le quali i diversi tubercolosi possono apparire ben differenti l'uno dall'altro, si possono riscontrare in tutti delle caratteristiche morbose identiche — riflettenti l'indirizzo del pensiero, le linee fondamentali della concezione di vita, ecc. — caratteristiche che ben si possono identificare e raggruppare sotto il nome di psiconeurosi tubercolare.

La conoscenza di queste caratteristiche patologiche è oltremodo importante: la constatazione della psiconeurosi permette in molti casi una diagnosi precoce della tubercolosi, quando ancora mancano o sono vaghi i sintomi fisici; il perdurare dei sintomi psiconeurotici in un tubercoloso apparentemente guarito fa dubitare dell'autenticità della guarigione; dal punto di vista medico-legale, si deve sempre prendere in considerazione la psiche alterata dei deliquenti tubercolotici. La psiconeurosi tubercolare è molto frequente, essa colpisce almeno il 50% dei tubercolosi polmonari; rare sono invece in questi ammalati le forme di pazzia vera. Il quadro della psiconeurosi è vario a seconda che si tratti:

1° Di individui sani con eredità tubercolare, od ammalati di forme latenti od abortive di tubercolosi polmonare;

2° Di ammalati di tubercolosi polmonare cronica;

3° Di ammalati di forme acute di tubercolosi.

I. I figli sani di genitori tubercolosi presentano un precoce sviluppo dell'intelligenza e della vita effettiva, una spiccata facoltà di osservazione e di critica, uno sviluppo precoce degli stimoli sessuali e della pubertà. Dopo la pubertà questi bambini e così pure gli individui affetti da tubercolosi polmonare latente od abortiva, sono egoisti, ottimisti ed erotici. Nel cosidetto stadio pretubercolare, in quello stadio cioè nel quale gli ammalati incominciano a sentirsi deboli ed inetti a qualsiasi sforzo sia fisico che psichico, essi sono spesso pessimisti, in seguito però la tristezza cede sempre il posto ad una spensieratezza completa per cui i malati guardano fiduciosi l'avvenire.

II. Negli individui ammalati di tubercolosi avanzata cronica si osserva:

1° Debolezza della vita affettiva, labilità spiccata dell'umore, emotività, irritabilità, eccitabilità che spesso è causa d'insonnia;

2° Debolezza dell'intelligenza, ottimismo riguardo il proprio stato di salute, scarsa capacità critica, poca voglia di lavorare, impulsività, debolezza volitiva. La debolezza della volontà rende facilmente suggestionabili gli ammalati. La fantasia è molto spiccata, il contenuto di essa è però primitivo ed infantile. Gli ammalati sfuggono la compagnia che loro impone uno sforzo mentale e la cercano volentieri in un rango sociale inferiore, nel quale pur con le forze ridotte essi possono appagare il loro bisogno di emergere.

Negli ultimi stadii della malattia è notevole l'euforia; la comparsa di essa preannuncia la prossima fine. Gli ammalati fino allora più o meno coscienti del loro stato o della fine vicina sembrano svegliarsi da un sogno penoso. Essi non soffrono più, si sentono bene, parlano della loro guarigine prossima, fanno dei progetti per l'avvenire, sono felici di vivere, e durante questa apparente resurrezione muoiono improvvisamente.

La psiconeurosi degli ammalati di tubercolosi acuta non è molto caratteristica. Al principio della malattia si osserva il pessimismo; l'ottimismo e l'euforia verso la fine.

Le manifestazioni depressive nell'inizio della tubercolosi sono di prognosi infausta: questi casi finiscono spesso con una meningite tubercolare.

La genesi della psiconeurosi tubercolare viene spiegata in due modi diversi: alcuni l'attribuiscono all'intossicazione tubercolinica, altri la ritengono sorta razionalisticamente. La teoria che ritiene che le caratteristiche psichiche dei tubercolosi siano conseguenze dell'intossicazione tubercolinica, si basa specialmente sui reperti anatomo-patologici di gravi alterazioni delle cellule nervose del cervello, e di alterazioni vasali. Tali alterazioni non sono però constatabili che in alcuni casi, inoltre la teoria dell'intossicazione tubercolinica contrasta anzitutto col fatto, che col progredire della malattia e quindi dell'intossicazione, non aumentano i fenomeni psiconeurotici, in secondo luogo con la constatazione della psiconeurosi in ammalati di forme latenti e nei predisposti sani nei quali non si può certamente parlare di intossicazione specifica.

La seconda teoria ascrive lo svilupparsi della psiconeurosi alla vita speciale che i tubercolotici sono costretti a condurre: la vita monotona, la cura continua della propria salute, le frequenti delusioni, il crollo di tutte le speranze e aspirazioni, danno naturalmente un'impronta speciale alla vita sensitiva ed affettiva dei malati: si sviluppano in essi in modo speciale l'egoismo e gli stimoli sessuali, questi ultimi dovuti specialmente alla vita pigra e monotona che sono costretti a condurre. Nemmeno questa teoria riesce però a spiegare la psiconeurosi dei predisposti e degli ammalati di forme latenti: gli ammalati che non sono nemmeno consci della propria malattia e conducono una vita normale, presentano già dei disturbi psichici caratteristici. Secondo l'autore l'ammalato porta in sè fin dalla nascita le linee fondamentali di una concezione della vita, che si svilupperà poi in una psiconeurosi; l'ha con sè fin dalla nascita come conseguenza della sua scarsa resistenza organica, della quale egli non è nemmeno cosciente.

I discendenti da genitori tubercolosi hanno quasi sempre gli organi in istato di debolezza funzionale; in special modo poi in essi il polmone rappresenta un *locus minoris resistentiae* (Finkbeiner, Kuthy, Herbert, Straudgaard, Wolff, Mayer). La scarsa resistenza organica di questi predisposti, naturalmente ancora molto più accentuata negli ammalati di tubercolosi, rende loro estremamente difficile l'adattamento alla vita collettiva e sociale. Questo è il punto d'origine dei fenomeni neurotici, che poi verranno aggravati dalla vita speciale imposta ai malati e dall'intossicazione tubercolinica.

Tutte queste cause alle quali è dovuta la psiconeurosi dei tubercolosi e che sfuggono alla loro coscienza devono venir chiarite e svelate ad essi.

Tale scopo si raggiunge con la psicoanalisi di Freud e si potranno in tal modo far scomparire i sintomi psiconeurotici.

POLLITZER.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 marzo 1920.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, vice presidente.

Localizzazioni cerebrali intracorticali.

U. CERLETTI. — L'O. riferisce su alcune ricerche da lui compiute sulle localizzazioni cerebrali intracorticali illustrando la comunicazione con numerose tavole.

Sul comportamento dell'acido salicilurico nell'organismo del cane.

A. BALDONI. — Ricorda le sue passate esperienze sul comportamento dell'acido salicilico nell'organismo del cane; ora ha voluto indagare il comportamento nello stesso animale dell'acido salicilurico ed ha potuto constatare che l'organismo del cane come non è capace di sintetizzare l'acido salicilurico così non è capace di scinderlo.

Fa rilevare la differenza di comportamento fra questo acido e l'acido ippurico.

Sulle attività paralizzanti protoplasmatiche di alcuni alcaloidi della China.

A. BALDONI. — Riferisce una serie di indagini compiute per conoscere quale influenza esplichi la cinconina sulle attività del protoplasma vivente e contemporaneamente ha esteso le sue ricerche comparative alla chinidina, cinconidina e optochina. Tutte le dette sostanze hanno dimostrato di essere capaci di distruggere o di rallentare le attività del protoplasma. La cinconidina ha esercitato la massima influenza. Sul protoplasma dei leucociti la meno attiva è stata la cinconina.

L'obliterazione della cavità peritoneale pelvica e la colonisteropessia nella cura del prolasso rettale e genitale.

R. BASTIANELLI. — Riferisce su gli interventi praticati per la cura del prolasso rettale e genitale, con risultato favorevole, e porta un valido appoggio alla teoria della disposizione congenita al prolasso rettale rappresentata da una anomala ampiezza e profondità della tasca del Douglas.

Sulla cura del prolasso rettale nell'adulto.

O. MARGARUCCI. — L'O. riferisce la tecnica seguita nella cura di alcuni casi di prolasso rettale nell'adulto ed i risultati soddisfacenti che ne ha ottenuto .

Sulle comunicazioni dei proff. Bastianelli e Margarucci prendono la parola i proff. La Torre e Pestalozza, che ricorda di aver avuto occasione di curare tre casi nei quali bastò alla riparazione completa e definitiva dell'ingente prolasso rettale la miorrafia degli elevatori.

Contributo al problema della determinazione del sesso.

M. BOLAFFIO. — Da osservazioni fatte conferma esservi nel periodo mestruale una fase feconda ed una infeconda. La prima comprende circa gli ultimi 5 ed i primi 12 giorni del periodo. Le fecondazioni avvenute nei giorni che precedono la mestruazione e nei primi giorni di questa danno nel 90 % dei casi femmine, quelle avvenute dopo cessata la mestruazione nei 3/4 dei casi maschi. L'ovulazione avvenendo intorno al 19° giorno del periodo, è l'uovo di recente staccato che dà femmine, quello ipermaturo maschi. Il fattore della maggiore o minore maturità dell'uovo non è però che uno dei fattori determinanti il sesso, poichè è l'eredità familiare nel più stretto senso, che altre volte s'impone.

Il prof. PESTALOZZA, per quanto riguarda il problema della ovulazione, ritiene si debba fissare come termine probabile quello di 17 a 19 giorni dopo il principio della mestruazione e si debba ammettere che al momento della mestruazione l'uovo già da qualche giorno libero abbia già acquistato un grado avanzato di maturità. Perciò l'uovo che venga per ipotesi fecondato durante il periodo mestruale o poco dopo di esso dovrebbe in genere ritenersi per un uovo di maturità avanzata. E. GROSSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 12 marzo 1920.

Presidente: prof. VITTORIO PUTTI.

Un segno clinico di lesione dei legamenti crociati del ginocchio.

V. PUTTI. — Questo segno consiste nello scivolamento della tibia sul femore secondo il piano sagittale, e il d. mette in evidenza l'importanza di questo sintoma, date le difficoltà di diagnosi di lesione dei legamenti crociati. Dimostra poi sopra un malato la tecnica di apprezzamento del sintoma.

Plastica del padiglione dell'orecchio.

Lo stesso prof. Putti presenta un caso da lui operato, in cui pronunciatissime erano le orecchie ad ansa, come le fotografie lasciano vedere. Escise una lamina dermo-cartilaginea di forma losangica, dalla faccia craniana del padiglione e suturò quindi i margini liberi dell'incisione. In seguito, l'operato portò per qualche mese una cuffia da telefonista, e l'esito è riuscito quanto mai estetico.

Correzione del naso a sella.

Infine lo stesso d. presenta due casi di naso a sella di origine congenita, in cui ha ottenuto un risultato estetico soddisfacente ricorrendo all'innesto di un segmento di avorio. Questo è preparato prima dell'intervento, secondo i dati che si ricavano dalla maschera gessata eseguita sul paziente; ed il suo innesto non richiede che una piccola incisione cutanea. Il Putti, che è, come è noto, il direttore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, espone i vantaggi che questo metodo presenta rispetto ad altri usati, come quello dell'uso di paraffina o l'altro di trapianti autoplastici di cartilagine o di osso.

Osservazioni cliniche su alcuni casi di encefalite.

G. Dagnini (Primario ospedali). — Mentre vi sono casi non dubbi di completa paralisi dei muscoli elevatori della palpebra superiore e rotatori del bulbo, per cui esiste ptosi ed impossibilità di elevazione della palbebra, strabismo e diplopia, si vedono altri casi in cui la ptosi, anche non intensa, si dilegua per influenza dello stimolo volontario, e lo strabismo e la diplopia possono variare di grado e anche temporaneamente sparire, per ripresentarsi successivamente con maggioe o minore intensità. Tratta di questa sintomatologia in casi da lui osservati nella recente epidemia, e per facilitarne la interpretazione si rifà a dei casi, di altra entità morbosa, ma simili dal lato sintomatico, che presentò nel 1905 e nel 1913, e ricorda le recenti indagini del suo ex assistente Litwak, comunicate alla Soc. di neurol. di Parigi il 5 febbraio 1920, le quali confermano le osservazioni e le ipotesi che egli già formulò, e che vale ad interpretare anche la dissociazione delle funzioni del tono da quella del movimento della palpebra superiore, in questi casi di encefalite. Vale a dire che si può escludere la lesione del tronco nervoso periferico e anche la lesione grave nucleare, ma si deve ammettere una alterazione del nucleo in modo lieve tale da turbare la funzione propria delle cellule che vi si contengono (elaborazione degli impulsi del tono) e lasciare invece intatta la capacità delle cellule stesse di ricevere e di trasmettere gli stimoli corticali.

Il D. passa quindi ai cloni, osservati così frequentemente nell'attuale epidemia, accenna alle numerose varietà loro, che da gradi minimi e circoscritti possono raggiungere fino quello di un paramioclono molteplice, e presenta vari malati in proposito, i quali sono da considerarsi guariti, sotto tutti gli altri punti, della encefalite. Discorre sopra la sede del disordine che dev'essere probabilmente molteplice e sopra ciò s'intrattiene.

Nuovi segni elettrici della miastenia.

V. Neri. — Presenta, esamina, discute alcuni malati e riassume i nuovi sintomi in questi gruppi: *ipoeccitabilità* diretta e indiretta di vario grado, che scompare lentamente, secondo i territori muscolari saggiati; *lentezza delle contrazioni iniziali,* sia allo stimolo faradico che galvanico; *spostamento del punto motore* (reazione longitudinale) di fronte allo stimolo galvanico. Questi segni non si estendono a tutta la muscolatura, ma ora a questo ora a quel gruppo muscolare, e sono di carattere instabile, in quanto possano variare di giorno in giorno, e anche nella giornata. Da ciò la necessità di un esame sistematico e ripetuto. Questa sindrome può sostituire da sola tutto il reperto elettrico di una miastenia, senza che vi sia segno alcuno della classica reazione dello Iolly, la quale corrisponderebbe solo ad una fase. E perciò il complesso di tutte le reazioni si potrebbe definire *sindrome elettrica* miastenica.

G. M. Piccinini.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Osteoperiostiti tardive eredoluetiche.

In un caso di Varisco (*Riv. critica di Clinica medica,* 1919, n. 43), nel quale l'anamnesi famigliare poco significava, comparvero gradualmente in una giovane contadina ventunenne tumefazioni dolenti alle creste tibiali, alle diafisi delle ossa lunghe e ai mascellari, progressive e notevoli, sì da ostacolare p. es. l'apertura della bocca; l'a. ebbe anche cefalea ed un accesso convulsivo non ben precisato; insorse ipercromia al viso e si accentuava un grave deperimento generale, quando fu ricoverata.

L'esame dava a notare una notevole pigmentazione bruna del volto, a maschera; poliadenopatia; alterazioni caratteristiche degli incisivi; subfebbre intermittente; nulla di notevole agli esami collaterali, Wassermann negativo.

Esclusa la forma di leontiasi ossea secondo il Virchow, per la limitazione delle alterazioni dello scheletro cranico e l'assenza assoluta di concomitanti osteiti a tipo rarefacente; esclusa l'osteite deformante, per l'età della paziente e ancora per l'assenza di processi regressivi (confermata da ripetuti esami radioscopici); esclusa infine l'osteoartropatia ipertrofizzante pneumica del Marie, che risparmia sempre la mandibola e colpisce invece le estremità distali degli arti, oltrechè ha costantemente origine tossica: si tentò per e-

sclusione la cura mercuriale, anche come criterio diagnostico *ab juvantibus* ed in considerazione delle alterazioni dentarie e del sistema linfatico, offerte dall'a.

Alla terza iniezione di bicloruro di mercurio, la RW. si fece positiva e s'iniziò la riduzione delle tumefazioni, con scomparsa dei dolori sia spontanei, sia provocati; dopo 35 iniezioni, le tumefazioni erano completamente scomparse e scomparvero anche attacchi epilettiformi, che si erano ripresentati all'inizio della cura specifica. Troncata la quale dopo 60 iniezioni, si ebbe una ripresa delle ipertermie e dei dolori, che scomparvero con venti frizioni mercuriali.

L'A. discute anzitutto la iniziale negatività della R. W. che — escluso ogni dubbio sulla tecnica — non è infrequente nei casi di localizzazioni ossee, così come la positività dopo lieve trattamento specifico (fenomeno di reazione provocatoria).

Le crisi epilettiformi dell'anamnesi, ritornate anche durante la cura, si spiegano con risentimento meningeo e probabile successiva formazione di placca di meningite, guarita dalla cura specifica. Le lesioni delle ossa lunghe devono interpretarsi come prevalentemente periostee (con distacco ed usura del periostio dal piano osseo sottostante, rivelato anche al radioscopio); quelle della mandibola, come osteite ossificante: le une e le altre differenziabili dalle lesioni della sifilide acquisita per l'intensità dei dolori (anche alla palpazione), la preferenza per le ossa lunghe, il comportamento della R. W. (assai frequentemente negativa nella sifilide congenita tardiva) e la coesistenza di tipiche alterazioni dentarie.

RUSCA.

La durata del periodo d'incubazione nella sifilide.

Thibiergè (rif. in *Quaderni di medicina legale*) mette in evidenza l'importanza che può assumere, dal punto di vista medico-legale sovratutto, la nozione esatta del periodo che intercede fra l'inoculazione del virus e la comparsa del sifiloma iniziale, notando come vi siano a tale proposito delle divergenze notevolissime fra i diversi autori.

Sono utilizzabili a tale scopo i dati rilevati nei casi in cui si possono precisare le date del contatto infettante e dell'inizio dell'ulcera, e quelli avuti nelle esperienze di inoculazione su soggetti sani.

Dai dati riportati dall'A. sembra risultare che la durata media dell'incubazione è di 25-30 giorni, ma che i limiti estremi possono variare considerevolmente: così il periodo minimo, che si considera ordinariamente di 14 giorni, è stato invece di 10, in una inoculazione sperimentale, il massimo è stato di 97 giorni. In caso di contestazione legale si dovrà attenersi alle medie di 15-30 giorni, senza escludere la possibilità di eccezioni.

r. s.

Sifilide e gotta.

L'influenza della sifilide sulla localizzazione dei primi attacchi gottosi è manifesta. (Ch. Finck, Soc. de méd. de Vittel, in *Journ. des Praticiens*, 25 ottobre 1919).

Nei soggetti non sifilitici, la gotta si inizia nel pollice del piede, nel 95 % dei casi; nei soggetti sifilitici invece solo nel 20 % dei casi; in questi la localizzazione più frequente è l'articolazione tibio-tarsica.

I dolori nei gottosi sifilitici sono meno vivi che nei non sifilitici: la gotta prende subito un andamento cronico; gli accessi sono frequenti, lunghi, con frequenti complicazioni viscerali, e con manifestazioni anormali.

r. s.

Pseudotabe novarsenicale.

(SICARD. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1919, n. 31).

Le modificazioni a carico del sistema nervoso che le cure novarsenicali producono quando siano usate negli stati di contrattura e negli spasmi che si osservano presso gli emiplegici, paraplegici, parkinsoniani, siringomielici, sclerosi a placche, ecc., devono, a scanso di grossolani errori, esser conosciute da ogni medico.

L'azione inibitrice arsenicale può andare dalla semplice attenuazione fino all'abolizione della reflessività achillea, fino alla totale perdita dei riflessi degli arti inferiori.

Questa inibizione è in rapporto alla quantità di arsenico iniettato, alla rapidità della cura alla tecnica usata.

Non sorpassando i 4-5 gr. di novarsenico, endovenoso in 5-6 settimane, si attenuano le contratture dei coreici e parkinsoniani.

Dai 7 ai 10 grammi si ha areflexia achillea con integrità dei rotulei e della forza motrice, e diminuzione dell'eccitabilità faradica e galvanica dei muscoli.

Sorpassando i 10-11 gr. si produce una areflexia totale dei membri inferiori, paresi motrice, turbe più accentuate delle reazioni elettriche.

L'arsenico prolunga per lungo tempo la sua influenza inibitrice.

Per l'ignoranza di tali fatti si son visti medici dubitare in sifilitici, immuni da ogni lesione nervosa prima del trattamento, l'esistenza di una tabe o per lo meno dell'estensione alle radici sacrali del processo luetico.

In tal caso l'esame del *liquor* non mostra alcuna alterazione nelle intossicazioni arsenicali;

l'esame elettrico mostra invece alterazioni faradiche e galvaniche e principalmente mancano i segni pupillari caratteristici.

I rimedi arsenicali con l'uso dei quali si sono avuti tali disturbi sono: il novarsenobenzolo, il sanar, il galyl, il solfarsenol, ed anche, alla dose di 12-14 grammi, il cacodilato di sodio.

MONTELEONE.

TERAPIA.

Via d'introduzione e posologia del siero antitossico nel trattamento della difterite.

Weill-Hallé (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n. 3, 29 gennaio 1920) ha sperimentato in numerosi casi di difterite, l'introduzione del siero per via endomuscolare in sostituzione della via sottocutanea e di quella endovenosa. Tale via di somministrazione non provoca dolore e molto più raramente dà luogo all'insorgenza di complicazioni locali, mentre è di molto più facile applicazione della via endovenosa. La concentrazione del siero antitossico nel sangue, è massima, usando la via endomuscolare, dopo 24 alle 48 ore, avendosi con ciò una eliminazione del siero più lenta in confronto di quanto avviene usando la via endovenosa, e d'altra parte ottenendosi una concentrazione massima nel sangue molto più rapidamente che praticando l'iniezione sotto cute. Circa le dosi da usare, Weill ritiene opportuno praticare una prima iniezione con dosi massime (250 unità per kilog. di peso nei casi benigni, da 500 a 600 unità per kilog. di peso nei casi gravi).

Nei casi gravi è opportuno però fare seguire alla iniezione intramuscolare massima e precoce, una seconda iniezione sottocutanea, o la ripetizione anche di iniezioni endomuscolari. Il punto da preferire, secondo Weill-Hallé per l'iniezione endomuscolare, è la regione glutea, dividendo la quantità totale di siero da iniettare in parti uguali fra i due lati.

TRENTI.

Vaccinoterapia della febbre di Malta.

S. Duran De Cottes (*Rev. española de Medicina y Cirugia*, 15 sett. 1919) usa un vaccino preparato uccidendo con l'etere una coltura del m. melitense, facendo poi diluizioni a 100.000 germi per cmc. Inietta per la prima volta 1/2 cmc. crescendo poi, nelle nuove iniezioni che si ripetono ogni cinque giorni, di 2/10 di cmc.; nel caso di reazione violenta si inietta la stessa dose antecedente.

Le reazioni sono frequenti quando l'iniezione si pratica in periodi ipertermici: dopo 3-4 giorni sono seguite da abbassamento di temperatura prolungato, e da miglioramento notevole dei sintomi locali e generali: queste reazioni possono evitarsi o attenuarsi facendo le iniezioni nelle fasi apiretiche o quasi della malattia.

Le controindicazioni sono date da gravi affezioni cardiache o renali e dalle forme emorragiche della febbre di Malta.

Al di fuori di esse, la vaccinoterapia può ritenersi efficace, o anzi il solo trattamento razionale.

fil.

Cura delle malattie cutanee di origine stafilococcica.

Il dott. Erich Neusser (*Münchner Medizinische Wochenschrift*, n. 1, gennaio 1920) mosso da una pubblicazione del dott. Meier, ha tentato, negli ultimi anni di guerra, al campo e all'ospedale, la cura delle piodermie e follicuiliti col permanganato di potassio. La cura consisteva in pennellazioni giornaliere della superficie ammalata e del suo dintorno con una soluzione satura di permanganato di potassio, riscaldata fino a tolleranza. L'azione del permanganato era rinforzata dall'esposizione alla luce solare, la quale favorisce la scomposizione del preparato e la formazione di ossigeno. Solo nella notte si applicava una fasciatura protettiva. L'esito fu sempre molto soddisfacente, le follicuiliti guarirono rapidamente, le ulceri si detersero e si impicciolirono rapidamente.

L. PERGHER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Reperti sierologici e batteriologici in ammalati di tifo esantematico.

C. Sternberg (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 38, 1919) ha eseguito una serie di ricerche, allo scopo di chiarire per quale meccanismo il siero di ammalati di febbre petecchiale agglutina spesso, talvolta a un titolo molto elevato, diverse specie di batterî.

Su 52 casi di febbre petecchiale studiati dall'A., in 23 casi il siero del malato agglutinò solamente i vari ceppi di proteus; in 24 casi agglutinò oltre al proteo anche il bacillo del tifo, in un caso oltre al proteo il bacillo del paratifo B, in 3 casi il proteo, il bacillo del tifo, e quello del paratifo A, in un caso il proteo, il bacillo tifico, e quelle del paratifo A e B. In tutti i casi si poteva clinicamente escludere un'infezione mista.

In 14 casi l'A. ha eseguito delle ricerche batteriologiche: dal sangue di 7 ammalati egli isolò dei ceppi di proteus, dal sangue di altri 6 am-

malati i bacilli del paratifo B. Il siero di quei malati, dal cui sangue si erano isolati i protei, agglutinava esclusivamente i vari ceppi di proteus; riuscì negativa l'agglutinazione del bacillo del tifo, del paratifo A e di quello B. Il siero dei malati, dal cui sangue si era isolato il bacillo paratifico B, in uno dei casi agglutinò il bacillo paratifico B e tutti i ceppi di proteus, in un altro caso i protei e il bacillo tifico (all'1:400), in tutti gli altri casi soltanto i protei; riuscirono negativi i tentativi di agglutinare il bacillo del tifo, quello del paratifo A e del paratifo B. È noto che dal sangue di tifosi si può spesso isolare il bacillo paratifo B, pure potendo escludere clinicamente un'infezione mista; detto bacillo è stato talvolta isolato anche dal sangue d'individui sani.

Come si vede, il siero dei malati di tifo esantematico non ha proprietà poliagglutinanti. Il fatto, che il siero di ammalati di tifo esantematico agglutina talvolta i batteri più diversi, si deve secondo l'A. ascrivere a varie ragioni: talvolta si deve ammettere che il tifo esantematico privochi un'aumentata produzione o una ricomparsa di agglutinine originariamente specifiche, altre volte si deve ammettere una coagglutinazione; da questa non si può però trarre alcuna conclusione sull'affinità dei diversi ceppi.

Tentativi d'immunizzazione furono eseguiti da Doerr e Schvabel (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1919, n. 20). Essi tentarono, senza mai riuscirvi, di rendere insensibili delle cavie, ad una dose massima di virus del tifo esantematico (emulsione di cervello di cavie infettate); a tale scopo iniettavano loro sottocutaneamente, a 2-3 riprese, diverse sostanze vaccinanti. Queste venivano in parte preparate dagli organi interni di cavie infettate, in parte estratte da cimici infette; il virus contenuto in tali materiali veniva ucciso, talvolta coll'aggiunta di una soluzione fenica al 0,1 %-0,5 %, altre volte per mezzo del disseccamento rapido, altre volte ancora per mezzo del disseccamento lento, all'aria. Come detto, tutti questi vaccini si sono dimostrati inefficaci.

pol.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1114) *Lo jodio per via endovenosa.* Al dott. C. J. da C.:

Il dott. V. Caccini da Osimo (Ancona) aggiunge a proposito di quanto noi abbiamo scritto (*Policl.* sez. prat. 22 marzo, pag. 374) sulla terapia jodica per via endovenosa, che egli usa lo jodio per via endovenosa nei casi di tifo e tifosimili, con resultati favorevoli.

Egli inietta da 10 a 20 cmc. di soluzione jodica acquosa al titolo 1 % e ripete le iniezioni endovenose quotidianamente. Raramente ha avuto trombosi della vena; l'esame delle urine e del malato sono i criteri direttivi per regolare la dose del rimedio, il decorso della malattia la guida per sospendere o continuare la cura.

Passiamo all'interessato le notizie gentilmente fornite dal dott. Caccini.

t. p.

(1115) *Istituti bibliografici.* All'abb. B. S. da P.: Si rivolga all'«Institut International de Bibliographie» (Bruxelles, 1, rue du Musée 7; Parigi, 44, rue de Rennes). Chiedere prima le tariffe.

Sono a nostra conoscenza anche un' «Association de documentation Bibliographique» con sede a Parigi; un «Istituto Bibliografico Italiano» con sede a Roma; un «Istituto Bibliografico Nazionale» con sede a Milano.

R. B.

(1116) All'abbonato 1995:

Pende: «Endocrinologia», editore Vallardi, Milano.

Pende e Castellino: «Patologia del simpatico», editore Vallardi, Milano.

Guillaume: «Le sympatique et les systèmes associés», editore Masson, Parigi.

dr.

(1117) Al dott. G. C. da Varzi. — Suggeriamo: «Elementi di farmacognosia» di Italo Simon, Società editrice Libraria, 1912.

R. B.

(1118) Al dott. S. B. R. da C.: Il «Ministero della salute» inglese (*Ministry of Health*) è tenuto attualmente dal dott. Christophers Addison. L'indirizzo ne è: London S. W. 1, Whitehall.

R. B.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

L. PANETH. *Praktische Bakteriologie.* Un volume in 16° di pag. 158 con fig. Urban e Schwarzenberg ed. Vienna. Prezzo marchi 8.

Il manualetto che è già alla sua seconda edizione, ha il preciso scopo di aiutare il medico pratico nella lotta contro le malattie infettive. In esso, quindi, l'A., prescindendo da ogni considerazione teorica, fa una scelta dei metodi, che si sono dimostrati più utili nella pratica per le diverse ricerche batteriologiche e seriologiche applicate all'accertamento della diagnosi nelle malattie infettive. Non vengono prese in considerazione quelle ricerche e preparazioni batteriologiche che possono compiersi seriamente solo nei grandi Istituti.

L'A. fa un'eccezione per la reazione di Wassermann, che purtroppo viene eseguita dovunque e spesso con metodica che lascia a desiderare e con tecnica insufficiente.

Egli dà quindi in proposito minuziose indicazioni pratiche, seguendo le quali si potranno dare, con maggiore garanzia, i risultati.

Alla fine di ogni capitolo, un breve riepilogo indica l'ordine cronologico delle ricerche e la conclusione pratica, che si può trarre dai diversi risultati ottenuti. *fil.*

S. GURNEY-DIXON. — *The transmutation of bacteria.* — Un volume in-8 picc., di pag. 179, rilegato. Cambridge. The University Press, 1919.

In questo volume, che si apre con alcuni versi di Dante, l'A. raccoglie una straordinaria congerie di dati relativi alle trasformazioni dei batteri, desunti per la massima parte dalla letteratura batteriologica inglese e nord-americana.

Egli indaga dapprima le condizioni che determinano le variazioni, delle quali esamina le prove; poi espone le variazioni morfologiche, del potere fermentativo, della virulenza, della patogenicità, le variazioni dei batteri nell'organismo, le trasformazioni sperimentali dei batteri; poi ci presenta le conclusioni e un sommario del suo studio; uno speciale capitolo è consacrato alla teoria enzimatica delle malattie infettive.

R. B.

C. CHANDLER. — *Animal parasites and human diseases.* — J. Wiley a. Sons inc. Chapman a Hall Lim. London. 1918.

Il libro di Chandler sui parassiti animali nelle malattie umane è compilato con grande semplicità e chiarezza: gli scopi che l'A. si propone sono rivolti specialmente alla divulgazione delle conoscenze utili intorno ai parassiti animali patogeni e alle malattie che essi determinano. Non quindi citazioni e discussioni, ma notizie moderne sicure, rese più facili, anche alla mente dei profani di medicina, da figure esplicative e nitide.

Dopo poche notizie generali, seguono tre capitoli sulle malattie da protozoi, da vermi, sulla importanza degli artropodi nel provocare o nel trasmettere le malattie stesse. Ogni capitolo è preceduto da generalità sulla morfologia e sulla biologia rispettivamente dei protozoi, dei vermi, degli artropodi.

L'elegante volume edito da Chapman e Hall non è fatto per profondi cultori della medicina, ma la sua lettura sarà proficua a medici pratici, a studenti, ai profani stessi della medicina, che troveranno utili notizie sulla profilassi delle varie malattie da parassiti animali. *t. p.*

VARIA.

Il cinematografo nell'insegnamento dell'ostetricia. — Innanzi alla Sezione Ostetrica della Reale Società di Medicina di Londra il dott. Drummond Robinson, ostetrico al Westminster Hospital, ha illustrato, per mezzo di proiezioni cinematografiche dal vero e diagrammatiche, il parto normale, a partire dalla dilatazione iniziale dell'utero fino al secondamento. Le films proiettate comprendevano 25.000 fotografie.

Il disserente espresse la convinzione che questo metodo sia destinato a migliorare l'insegnamento dell'ostetricia, così per i medici come per le levatrici, poichè permette di illustrare ogni fase del parto.

Vari medici e la dottoressa Maria Scharliet espressero ed illustrarono pareri analoghi.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la stampa sanitaria italiana.

Un grido di allarme.

La stampa sanitaria italiana, che ha una nobile ed alta funzione in rapporto alla vita intellettuale e professionale dei medici tutti, così come in rapporto allo sviluppo delle industrie sanitarie in generale, trovasi in periodo di crisi gravissima; è la sua stessa esistenza in pericolo.

Riguardo alle cause, esse sono troppo facili a vedersi, quando si consideri che il prezzo della carta è cresciuto in media del mille per cento, e anche più; che il lavoro tipografico pretende compensi sempre maggiori e non accenna a trovare un « ubi consistam »; che grava una tassa falcidiatrice sui proventi della pubblicità; che i prezzi di abbonamento sono tuttora assai bassi e neppure lontanamente in rapporto col costo reale di ciascun periodico.

Non è concepibile che i medici italiani lascino intisichire ed in gran parte soccombere i periodici che rappresentano sia i loro interessi di classe, sia il pensiero, gli ammaestramenti, le ricerche, delle scuole mediche più apprezzate, e che danno dell'esercizio della medicina il suo grande contenuto (di scienza, di concetti, di critica) il quale tale esercizio pone fra le più alte manifestazioni del lavoro intellettuale. Vuoto di tale contenuto, l'esercizio medico diverrebbe ben presto un empirismo volgare, destinato ad essere sopraffatto dai suoi denigratori all'interno, e da chi ancora studiasse, e scientificamente producesse, all'estero. Non possono adunque i medici italiani disinteressarsi della grave crisi attuale; e ciascuno, per quanto non paia una osservazione superficiale, è direttamente interessato in questa crisi; quindi ciascun medico dovrebbe dare individualmente il proprio consiglio, se crede di poterlo dare, o il proprio aiuto, consacrando una piccola percentuale del proprio reddito professionale alla stampa medica, importante e necessaria quanto altra cosa qualsiasi della vita comune, e dalla quale soltanto si può sperare la reale difesa degli interessi morali, intellettuali, materiali, di ciascuna categoria medica.

Un appoggio dovrebbe parimenti venire, assai maggiore e assai cordiale di quanto finora non siasi avuto (eccezioni a parte), dagli industriali, la cui produzione si appoggia, in tutto o in parte, alle classi sanitarie. Il « 1° Congresso nazionale per le industrie sanitarie » ha mostrato la somma opportunità di una collaborazione delle classi sanitarie con quelle industriali con l'aiuto da parte degli uomini di scienza; ma è troppo evidente che di tutto quanto è condizione indispensabile il non lasciar sparire il mezzo migliore e più efficace per tale fusione di forze, la *stampa medica*, la cui divisione in scientifica e professionale è soltanto relativa, essendo due aspetti di una stessa funzione. Sappiamo che tanto a Milano come a Roma, a Napoli come a Palermo ed a Catania, a Livorno come a Genova ed a Torino, in una parola, in ogni parte d'Italia ove esistono periodici medici, la attuale gravissima crisi è causa di vive e giuste preoccupazioni; e che saranno prospettati i mezzi più urgenti per deprecare maggiori jatture.

Ci permettiamo di richiamare la attenzione di tutti i colleghi sulla mportante, vitale questione, sicuri che dal fascio potente delle loro forze verrà il primo e più valido appoggio. Pensiamo altresì che la questione debba essere portata non solo in sede di tutte le Associazioni Mediche e Sanitarie in generale, ma anche di tutte quelle Associazioni (Comitato per le industrie chimiche, Società di chimica industriale, Associazione fra i chimici industriali e produttori di specialità, Consorzio fra le acque minerali naturali, Comitato permanente sorto per volontà del 1° Congresso industrie sanitarie, la nuova Associazione produttori specialità italiane, ecc.) che hanno per iscopo l'incremento e la difesa della produzione chimico-farmaceutica, e di quelle sanitarie in generale, italiane, con la continua elevazione del loro valore intrinseco.

Se la vita intellettuale medica italiana si dovesse abbassare di tonalità, non è possibile, ben si comprende, che le industrie sanitarie possano volgere verso il meglio; esse seguirebbero fatalmente la involuzione del pensiero medico in generale. Le sorti delle industrie sanitarie sono, in tal senso, indissolubilmente legate a quelle della stampa sanitaria. Siamo certi che al « Secondo congresso nazionale per le industrie sanitarie », che si terrà a Parma l'anno prossimo, sarà preso in degna considerazione tutto ciò che si riferisce, sotto ogni aspetto, alla stampa medica italiana, e sarà fatto il possibile per assicurarne la forte, sana, completa vitalità. Ma è, ora, questione di urgenza, e occorrono rimedi immediati.

Dott. prof. P. PICCININI.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione fra i medici-chirurgi liberi esercenti nella provincia di Roma.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo:

Pregiatissimo signor direttore,

Nel fascicolo 16 del *Policlinico* (sezione pratica) si riferisce del Convegno delle Associazioni fra medici-chirurgi liberi esercenti tenutosi a Milano il 31 marzo u. s., e nel resoconto si legge che fu molto commentata l'assenza dell'A. M. C. L. E. di Roma.

La frase potrebbe dar luogo a varie interpretazioni: tengo perciò a dichiarare a nome del Consiglio direttivo che noi non intervenimmo perchè dolorosamente sorpresi dal modo come era stato indetto il Convegno di Milano, avendo fra l'altro gli iniziatori in una circolare d'invito affermato che era *mancato* quello già stabilito da noi ed a cui molte Associazioni, e pur quella milanese, avevano aderito.

Ben sapevano molti degli aderenti che la data della nostra riunione era stata prorogata a lo scopo di farla coincidere con un periodo in cui il Parlamento fosse aperto e si avesse una relativa traquillità politica, per svolgere in massa azione efficace sul Governo e sui Legislatori in rapporto al progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Dato pure che l'Associazione di Milano ignorasse il differimento e avesse avuto qualche informazione di rinuncia nostra al convegno, non poteva, ci sembra, esimersi dall'obbligo di rivolgersi direttamente a noi per informarsi come stessero veramente le cose. Questo non venne fatto e non potemmo fare a meno di protestare; ma della nostra protesta le Associazioni consorelle furono informate solo quando il Convegno di Milano aveva avuto già luogo, non volendo noi che si sospettassero propositi di ripicca o d'ostruzionismo.

La protesta importava la non adesione e niuno potrà farcene un carico, tanto più che nulla giustificava l'urgenza di quanto si credè fare a Milano.

Con osservanza

il Presidente dell'A. M. C. L. E. di Roma
dott. GIUSEPPE MONTESANO.

Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

L'Associazione terrà in Bologna, il giorno 8 del prossimo giugno, alle ore 10 legali, una riunione, in ricorrenza delle solenni onoranze che saranno celebrate al chiarissimo prof. Maiocchi. Si svolgerà il seguente ordine del giorno: 1° Comunicazioni della Presidenza; 2° Istituzione di un premio da intitolarsi G. B. Locatelli; 3° Giornale della specialità.

Se qualcuno dei soci ha comunicazioni da fare, è pregato di inviarne il titolo, non più tardi del 1° giugno p. v., al segretario della Società, dottor Roberto Terzagni, Roma 22 - Via Napoli, 5.

La Camera medica di Trieste.

Il 14 febbraio ebbe luogo a Trieste la riunione costitutiva della neoeletta Camera dei medici, che non funzionava dal 1914.

A questo riguardo giova però di tener presente

Rappresentava il Governo il ten. col. medico Sebastianelli, capo dell'Ufficio Sanitario del Commissariato Generale Civile; egli porse ai convenuti il saluto di S. E. Mosconi e del comm. Lutrario.

Commemorò i medici deceduti. Accennò al fatto che le attribuzioni della Camera dei medici sono presso a poco pari agli scopi cui tendono gli Ordini dei medici nell'antico Regno e che fra questi e le Camere dovrà presto stabilirsi una fraterna proficua collaborazione.

Vennero eletti ad unanimità: presidente il dott. Massimiliano Brunner, vice-presidente il dott. Guglielmo de Pastrovich, membri della soprastanza i dottori Arturo Castiglioni, Emilio Comisso e Giulio Grandi, membri sostituti della soprastanza i dottori Antonio Jellersitz e Guido Nigris, delegato del Consiglio sanitario provinciale il dott. Mass. Brunner, delegato sostituto il dott. de Pastrovich.

MEDICINA SOCIALE.

Sull'assicurazione statale contro le malattie (*).

L'obbligatorietà.

Il solo mezzo che permetta d'incorporare nell'assicurazione l'immensa massa degli imprevidenti, consiste nello stabilirne l'obbligatorietà, per tutte le classi, i gruppi e le categorie che necessitano dei suoi benefizi, imponendo la responsabilità dell'iscrizione agli assicurandi e ai datori di lavoro e fissando il minimo di servizi e d'ausili che l'assicurazione deve fornire.

***

Il principio dell'obbligatorietà è passibile di obbiezioni di vario ordine, di cui alcune sono puramente dottrinali.

Ad esempio: vari sociologi e giuristi presumono che esso sia contrario alla libertà individuale e quindi lesivo dei principî fondamentali del diritto. Quasi che — come osserva l'Ubeda — il diritto alla salute, alla vita, al benessere della generalità, non dovesse prevalere sul diritto dei negligenti e degli apatici. Sarebbe tempo di liberarci dalle concezioni anguste e fallaci che dominano ancora in questo campo; di riconoscere che la libertà e il diritto personale debbono sempre contemperarsi con l'interesse collettivo e restarne assorbiti. A questo riguardo Pic rileva che l'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie «si giustifica — appunto — nell'interesse collettivo»; Bunge osserva che «è carattere proprio di tutte le disposizioni sociali, reclamate dalla vita civile, di contenere la libertà individuale, nella misura in cui potrebbe opporsi al bene comune»; Henry Capitant si dichiara favorevole alla forma obbligatoria perchè la libertà

(*) Vedi questo periodico fasc. 19, pag. 543.

« può significare di essere esposti ai peggiori colpi della sorte: quindi libertà di cadere nell'abbandono e di morire nella miseria ».

Si è preteso che l'assicurazione obbligatoria sia incompatibile con la dignità personale degli assistiti, non tanto perchè ne coarta la volontà, quanto perchè essi non bastano da soli all'oneroso finanziamento. Difatti in quasi tutti i paesi con regime assicurativo i datori di lavoro e lo Stato o gli organi di cui questo risulta (come le province, i distretti, i comuni) sono chiamati ad una larga contribuzione: di guisa che si ritorna, sia pure in forma velata, alla beneficenza, che si credeva di aver superato. Nel fatto l'assicurazione obbligatoria si risolverebbe, almeno su larga misura, in una carità forzata.

A questo riguardo giova però di tener presente che dall'assicurazione derivano dei benefizi ai datori di lavoro e all'ente statale, in quanto che essa tende a migliorare le condizioni generali di salute e di vita e quindi ad accrescere l'efficienza lavorativa e la produttività della popolazione.

Di modo che la cooperazione integrativa dei datori di lavoro e degli Enti pubblici non è dettata solo da un sentimento caritatevole di solidarietà umana verso i deboli, ma risponde ad un interesse positivo bene inteso.

Si può andare anche oltre, ed aggiungere che essa è l'espressione di un dovere morale, in quanto che il datore di lavoro è responsabile di molte condizioni che governano la salute degli operai e, d'altra parte, dalla capacità dello Stato a regolare la vita sociale dipendono, entro larghi limiti, le condizioni della salute pubblica.

Potrà forse ammettersi che gli oneri debbano gravare in prevalenza sugli assicurati, ai quali vanno i benefizi più diretti; ma ci sembra giustificato che vi contribuisca il restante della collettività.

* * *

È stata pronunziata anche una condanna di natura politica contro le assicurazioni obbligatorie, in quanto che rientrano nell'orbita o si conformano alle direttive del socialismo di Stato, che la generalità della popolzione è aliena dall'approvare o dal secondare. — Esse, difatti, erano uno dei capisaldi del programma di Schaffle, il fondatore di questa scuola del socialismo.

Si è preteso che converrebbe di tenersene lontani tanto più, in quanto che la socializzazione ha fatto quasi costantemente pessima prova, così nella gestione di aziende industrializzate (le ferrovie, le poste, ecc. costituiscono ormai dei baratri per l'economia collettiva), come nel campo dell'insegnamento (l'istruzione statale è in pieno fallimento e quella comunale rende pochissimo), come nell'organizzazione di tutti gli enti ed uffici pubblici (caratterizzati da pletora di personale, da sperpero di mezzi, da mancanza di responsabilità, ecc.).

Per altro, può ribattersi che la socializzazione non è stata sempre rovinosa: ad esempio alcune aziende municipalizzate sono redditizie. Non esageriamo, per comodità polemica, la tesi della sfiducia verso lo Stato e verso gli Enti pubblici minori.

D'altronde si deve riconoscere che un movimento quasi ineluttabile porta, oggi, ad estendere la socializzazione: tutto sta a procedere con cautela, non per rivoluzione, ma per evoluzione, prevenendo ed eliminando le cause di sperperi e di disorganizzazione, disciplinando e regolando il grandioso movimento.

Tanto più sarebbe vano di contrastare la socializzazione nel senso più lato — quindi integrata dall'obbligatorietà — nel campo assicurativo, in quanto che l'esempio di altri Paesi e la tendenza generale del nostro, ci confermano che è fatale la trasformazione della beneficenza in previdenza sociale. Di fronte ad una misura la quale diverrà prima o poi inevitabile, piuttosto che ostacolarla o combatterla, adoperiamoci a renderla efficiente al più alto grado.

Nel proporre le assicurazioni statali, Bismarck mirava a precorrere il socialismo in quanto ha di più attuabile per sventarne le utopie, nonchè a soddisfare un bisogno universalmente sentito di maggiore equità distributiva. Egli raccomandava ai conservatori di « non gridare al socialismo di Stato » ed ammoniva di non allarmarsi.

I fatti gli hanno dato ragione. Egli non arrestò lo sviluppo del socialismo, ma creò nel popolo un'attitudine di confidenza verso il Governo e non dette origine ad alcun sovvertimento sociale. Come osserva I. P. Chamberlain, ormai le assicurazioni statali vanno considerate piuttosto come un problema di organizzazione, anzichè come l'avvento di una novità pericolosa.

Si è detto che la tutela esercitata dallo Stato, invece di stimolare e promuovere gli sforzi e le iniziative dei singoli nel campo della previdenza, le deprime e le paralizza, livellando alcune attività socialmente benefiche; che il « paternalismo » di Stato uccide l'individualismo e trasforma le masse in greggi senza volontà, con grave pregiudizio collettivo. Winter è giunto perfino ad affermare che le assicurazioni sociali sono responsabili della sconfitta militare subita dagli ex imperi centrali! Quasi che non fossero già tutte attuate anche nell'Inghilterra vittoriosa...

Si è temuto, infine, che le assicurazioni sociali potessero intensificare ed inasprire i contrasti e le lotte di classe; ma questa conseguenza viene

scongiurata estendendole al massimo numero di persone — un problema di cui ci siamo già occupati.

* * *

Più consistenti possono sembrare altre censure, d'indole tecnica.

Si è rilevato che l'assicurazione contro le malattie copre un rischio limitatissimo — a differenza delle assicurazioni contro gl'incendi o contro i rischi della navigazione o sulla durata della vita. Ora, il valore economico delle assicurazioni decresce con la frequenza dei danni contro cui sono dirette. Se, come nel caso delle malattie, la probabilità del danno è molto grande, fino quasi ad annullare il rischio, il premio ritorna di nuovo a tutti gli assicurati, o quasi, decurtato semplicemente delle spese e senza vantaggio apprezzabile per nessuno.

È per questo che, sebbene l'assicurazione libera contro le malattie costituisca una delle forme più antiche di previdenza, non si è mai diffusa: le società di mutuo soccorso appalesarono sempre la loro impotenza a sollevare la miseria dell'operaio colpito da malattia. Non sarebbe giustificato d'imporre — rendendola obbligatoria — una tutela così illusoria od almeno così insufficiente.

V'è del vero in questo assunto.

Certo, tutti incorrono nelle malattie; ma si deve anche considerare che non tutti ne vengono colpiti in misura equiparabile: vi sono individui o famiglie molto più perseguitate e che per causa di esse vanno incontro a disagi e a dissesti; ovvero che non sono in grado di procurarsi un'assistenza sanitaria adeguata per provvedere al ricupero della salute: quindi crediamo che il nuovo provvedimento sociale, opportunamente elaborato e adattato, possa dare dei vantaggi effettivi, malgrado la frequenza del rischio: esso porterebbe a livellare, nei limiti del possibile, i gravami delle malattie, molto inegualmente distribuiti, e contribuirebbe a restaurare il patrimonio fondamentale della salute collettiva.

Lo scarso sviluppo delle mutue si può imputare all'imprevidenza generale più che alla tenuità dei vantaggi da esse garantiti, i quali, per altro, avrebbero potuto accrescersi, elevando i premi.

Sempre nel campo tecnico, si fa ancora osservare che le spese amministrative dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie sono ingenti: il costo dell'assicurazione risulta dunque eccessivo in specie se viene commisurato alla esiguità della tutela offerta.

Infine va posto in rilievo il fatto che questa assicurazione si presta ad abusi ed a frodi: essa fomenta la disonestà degli assicurati, dei datori di lavoro, dei medici, dei farmacisti; più specialmente moltiplica quasi all'infinito i casi di simulazione ed esagerazione delle malattie: determina così una demoralizzazione generale contro cui è quasi illusorio di poter lottare. A prima vista plausibile, è però circuita da trabocchetti pericolosi, come si esprime Wadsworth.

Non ci dissimuliamo la gravità di queste critiche. Ce le siamo già poste altrove e vi torneremo ancora sopra; esse impongono avvedutezza e prudenza, ma non bastano a dissuaderci dal nuovo ordinamento dell'assistenza igienica, sanitaria ed economica contro le malattie.

Molto più che in Italia abbiamo il vantaggio di valerci dell'esperienza fatta altrove per la difesa contro le frodi.

* * *

E veniamo all'*argumentum crucis* addotto per screditare l'assicurazione obbligatoria contro le malattie: l'esperienza compiutane in altri paesi non sarebbe stata favorevole.

In Germania l'assicurazione obbligatoria contro le malattie avrebbe fatto pessima prova, in quanto che la morbosità, invece di ridursi, è aumentata. Se non che, si tratta di un'apparenza, ascrivibile in parte al riconoscimento, da parte dei medici delle assicurazioni, di molte malattie lievi od iniziali, che un tempo venivano trascurate; in parte ai lunghi periodi che i medici medesimi assegnano per la convalescenza, allo scopo di garentire il ritorno completo alla salute; in parte alla esagerazione e simulazione delle malattie. Sostanzialmente si è avuto un vantaggio.

L'insuccesso delle assicurazioni in Germania è stato quasi completo nei riguardi della classe medica, a spese della quale vennero in larga misura attuate. In primo tempo i medici si lasciarono mistificare dal Cancelliere di ferro, che fece appello ai loro sentimenti di altruismo e di patriottismo; in seguito non furono più capaci di riaversi, perchè politicamente troppo deboli. Ma si tratta di un fatto locale; tant'è vero che invece nell'Inghilterra i medici hanno conseguito miglioramenti economici notevoli, se potè dirsi che « si lasciarono avvincere da catene d'oro ».

Per quanto concerne l'Inghilterra, si fa rilevare che l'avvento dell'assicurazione contro le malattie ha coinciso con un periodo di grande prosperità, il che ha permesso di sopportarne tutto il peso e può avere ingenerato anche la falsa impressione che abbia contribuito a favorire il benessere economico in generale e quello della classe medica in particolare: non si tratterebbe che di un'illusione.

Osserviamo però, a questo proposito, che i fatti sociali sono troppo complessi perchè rie-

sca possibile di sceverarne i fattori. Comunque, è già sintomatico il rilievo che almeno in Inghilterra l'assicurazione obbligatoria contro le malattie non sia stata di ostacolo ad un poderoso sviluppo economico e che abbia consentito alla classe medica un miglioramento materiale apprezzabile.

* * *

Affermare che l'assicurazione obbligatoria contro le malattie sia fallita, è, dunque, per lo meno un'esagerazione, molto lontana dalla verità.

Il fatto stesso che si è andati attuandola in molti paesi, ne comprova la convenienza sociale, politica ed economica. L'hanno adottata la Germania, l'Austria, l'Ungheria, la Norvegia, la Rumania, la Serbia, la Russia, l'Inghilterra (che pure è la terra classica del liberismo), il Belgio (era stata approvata dal Parlamento: si trattava di tradurla in pratica, quando sopravvenne l'invasione), e così via. Le prevenzioni e le opposizioni che si sono sempre dichiarate contro di essa — forse in ragione della sua stessa importanza e delle sue vaste ripercussioni sull'organizzazione sanitaria — sono state gradatamente vinte. Non basta parlare di *furor* obbligatorio per dimostrare che tutte quelle nazioni si trovano su di una falsa strada!

Anche là dove non esiste in forma generale o quasi, essa vige almeno per categorie determinate: ad esempio per gl'impiegati dello Stato e di molte grandi aziende.

Secondo Salazar — il direttore generale della Sanità pubblica nella Spagna — dallo studio comparato della legislazione riguardante l'assicurazione contro le malattie, emerge la superiorità *assoluta* della forma obbligatoria, cui si è assegnata o si va assegnando quasi dovunque la preferenza ed a cui si preparano oggi anche la Spagna e le Americhe. L'economista Jay è talmente convinto che l'assicurazione statale contro le malattie debba essere obbligatoria, che proclama recisamente: « sarà obbligatoria oppure non sarà ». Anche Luigi Luzzatti ebbe a riconoscere il fallimento dell'assicurazione libera ed a convertirsi a quella obbligatoria.

L'obbligatorietà è stata instaurata in parecchi altri campi della vita collettiva, come l'istruzione elementare, il servizio militare, le vaccinazioni profilattiche. In più modi si è dunque limitata e coartata la libertà individuale, in ragione dei benefizi sociali che derivano o si attendono da tali misure. È quasi pacifico che lo stesso privilegio debba ormai estendersi alle assicurazioni sociali, che si impongono alla società moderna — malgrado mende e difetti inevitabili — quasi come assiomatiche, nella forma obbligatoria.

* * *

L'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie, estesa a quanti possono averne bisogno, si concilia e si integra, come abbiamo già rilevato, con l'iscrizione libera di tutti coloro che desiderano profittare dei benefizi dell'assicurazione stessa, anche se percepiscono introiti superiori al limite massimo fissato per l'obbligatorietà. In Italia per gl'impiegati, i professionisti e gli operai indipendenti questo limite è stato indicato in L. 7200 dal Consiglio della previdenza e dalla Commisione ministeriale per l'assicurazione contro le malattie; ma — ripetiamo un concetto già espresso — data l'instabilità del valore del denaro, sarebbe preferibile che fosse reso variabile.

* * *

Nell'attuale periodo d'irrequietezza — forse il più grave che l'umanità abbia mai attraversato — la nuova conquista politica e sociale che si prepara nel nostro Paese — la quale completerà la catena delle assicurazioni statali, divenendone il più importante anello — tende a far conseguire un assestamento più completo ed organico dei servizi sanitari ed a migliorare le condizioni della salute pubblica (*).

Per questi motivi, sebbene non spetti alla famiglia medica di influire sulla misura legislativa proposta — la quale esula dagli interessi di classe per investire quelli generali — pure essa ha il diritto e il dovere di occuparsene, di raccogliere il maggior numero possibile d'informazioni e di elementi che valgano a farne valutare la portata.

Quindi crediamo che non sia stato fuori di luogo di lumeggiare il concetto fondamentale dell'obbligatorietà, prospettando le critiche e i dispareri che ha sollevato.

Se ora dalla concezione generale dell'obbligatorietà scendiamo alle modalità con cui può tradursi in pratica, le divergenze divengono molto aspre, se non irreconciliabili, perchè entrano in conflitto interessi contrastati, dei malati, dei medici, della collettività.

È quanto vedremo in un prossimo articolo.

L. VERNEY.

(*) Per un sistema completo di assicurazioni sociali, resterebbe ancora da generalizzare l'assicurazione contro la vedovanza e l'orfanato, che ora esiste solo per i casi d'infortuni. La Cassa nazionale di previdenza ha già predisposto gli studi al riguardo.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Oltre i lavori già citati cfr.:

D. BARDUZZI: La grande incognita. (Sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie). *Gazz. Med. Napolet.*, genn. 1920.

L. NARDELLI: La discussione intorno alle assicurazioni contro le malattie. *Il Med. Ital.*, 31 agosto 1919.
E. GASCA: Mutue, assicurazioni statali, onorari medici. *Lotte Sanitarie*, 30 mar. 1920.
A. VILLA: Alla vigilia della legge sull'assicurazione contro le malattie. *L'Italia Sanit.*, 15-25 giu. 1919.
Ch. H. CHETWOOD: Compulsory Health Insurance. *New York Med. Journ.*, 31 genn., 1920.
G. G. KINDRED: The proposed compulsory Health Insurance Law. Its injustice to physicians, ecc. *Med. Record*, 27 dic. 1919.
E. MAC. D. STANTON: Compulsory Health Insurance, *New York Med. Journ.*, 21 febb. 1920. *Journ. A. M. A.*, 24 genn. 1920; *Med. Record*, 7 nov. 1919.
A. B. WADSWORTH: The development of State Departments of Health in relation to Health Insurance and industrial Hygiene, *New York State Journ. of Med.*, genn. 1920.
L. WINTER: Social Insurance. *Ibidem*.
Il Med. Condotto e *Il Med. Italiano*, articoli di MARTINELLI e di altri.
British Med. Journ., 22 nov. 1919 (editorial) e supplementi.
Lancet, 7 feb. 1920 (editorial).

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la pulizia nelle scuole.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha diramato ai Sindaci delle grandi città la seguente circolare:

« È stato più volte rilevato che le condizioni di pulizia e di igiene nei locali per le scuole medie non raggiungono quel grado di completezza, che sarebbe desiderabile, per modo che anche edifici costruiti di recente ed a norma dei migliori requisiti igienici, si presentano in condizioni non lodevoli.

« Alcuni Comuni preoccupati degli inconvenienti igienici ed educativi che ne derivano hanno pensato di organizzare un servizio sistematico di pulizia e disinfezione nelle scuole per mezzo di squadre appositamente istruite ed allenate sotto la vigilanza di un ufficiale sanitario del personale medico appartenente all'Ufficio di igiene comunale.

« Questo sistema si presta bene specialmente per Comuni maggiori i quali provvedono per mezzo delle squadre anzidette alle misure di nettezza e disinfezione negli edifici delle scuole primarie, di cui hanno l'obbligo secondo le norme vigenti, e possono, riformando appena l'organizzazione anzidetta, provvedere similmente anche per le scuole secondarie. Il Ministero dell'istruzione, appositamente interessato dal Ministero dell'interno, ha assunto di concedere un congruo aiuto finanziario ai Comuni che provvedessero come sopra si è detto ai locali delle scuole medie.

« Prego pertanto V. S. di provvedere perchè a cura dell'ufficiale sanitario sia organizzato fin dalle vacanze, quanto potrà essere necessario per il prossimo anno scolastico.

« Gradirò di essere informato dei provvedimenti adottati ».

Nel rendere il meritato plauso alla Direzione di sanità per questa circolare, ci auguriamo che i medici provinciali e gli ufficiali ne sorveglino l'applicazione. A quando qualcosa di analogo per gli uffici governativi, a cominciare da quelli ove si amministra la *giustizia*?

* * *

Faremo largo posto nel prossimo fascicolo alla relazione sulla *Sanità pubblica in sede di bilancio* ed al progetto di legge per la *riforma dei servizi di vigilanza igienica.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8286) *Concorsi.* — Dott. F. R. da R. — I titoli che occorrono per prender parte ad un concorso sono quelli che ogni professionista ha acquisito durante l'esercizio professionale. Sono, quindi, vari e diversi a seconda dell'individuo. Tutti però debbono presentare la domanda ed unire alla medesima la laurea, il certificato di cittadinanza, quello di penalità e quello di nascita.

(8287) *Indennità caro-viveri.* — Abbonato n. 625 Se il posto da lei occupato a giudizio delle autorità sanitarie competenti, ed in relazione alle tavole di fondazione, poteva essere soppresso, nessun rimprovero può essere rivolto alla amministrazione della Congregazione di carità per questo fatto. Il medico titolare non può reclamare nè chiedere danni per la violazione dei suoi diritti acquisiti, in quanto che nel caso trattasi di forza maggiore, che a tutti si impone.

Ella non ha ancora spiegata la ragione per cui a lei solo è stato negato l'aumento di stipendio e la indennità caro-viveri, nè se ne può dai fatti esposti arguirne alcuna. Forse sarà stato perchè ella, a quanto pare, percepisce lo stipendio, ma non presta servizio di sorta. La causa in corso avrebbe dovuto essere impostata sul fatto di non essere giustificata la esclusioe di un solo impiegato da benefici concessi a tutti gli altri. Del resto se i suoi consulenti legali, che stando sul posto e conoscendo a pieno le varie fasi della contesa, la sconsigliano ad agire non insista nel giudizio.

(8288) *Licenziamento di medico stabile.* — Dottor O. M. da M. Il procedimento seguito dal Co-
tor O. M. da M. Il procedimento seguito dal Co-
mune è stato irregolare: 1° Perchè non può procedere al licenziamento di un medico stabile quando trovasi in aspettativa per ragione di salute, cioè quando era noto all'amministrazione comunale che aveva bisogno di riposo per riaversi da infermità recentemente sofferta od esistente in atto; 2° Perchè non furono osservate le modalità stabilite nell'articolo 34 della legge sanitaria.

Contro tale illegale deliberazione di licenziamento ella può ricorrere alla Giunta provinciale amministrativa la quale deciderà dopo aver inteso il parere del Consiglio provinciale sanitario.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 432: Una recente circolare del Ministero della Guerra (Direz. Gen. Personale Ufficiali) ha stabilito che non possa da nessuna autorità militare, sanitaria o no, affermarsi la dipendenza della causa di servizio, senza aver prima sentito il parere del Direttore di Sanità del Corpo d'Armata.

Tale disposizione non può mancare di produrre un notevole ritardo nell'espletamento delle pratiche come la sua. Evidentemente il Collegio

Medico di 1° grado di Cava dei Tirreni attende, per potersi pronunziare, la dichiarazione di dipendenza dal direttore di Sanità di Napoli e Lei..... attende a sua volta, e potrà stimarsi fortunato se non attenderà un pezzo.

La categoria di pensione le sarà poi stabilita dal Collegio medico.

All'abb. n. 10603:

Ogni traslazione di salma era fino ad ora proibita.

Saranno però presto pubblicate norme nuove e nuove disposizioni in proposito.

Per schiarimenti ella può intanto rivolgersi alla Direzione Generale di Sanità Militare presso il Ministero della Guerra (Divisione IV).

Al dott. D. C. da C. A.:

Non esiste in tal caso una vera e propria indennità *contumaciale*, ma per solito vengon concesse caso per caso indennità sotto altro titolo (di disagiata residenza, di accampamento, ecc.).

Al dott. X.:

No. Ella deve attendere la smobilitazione degli ufficiali medici della sua classe che sono ancora sotto le armi.

All'abb. n. 10979:

Non vi è ancora nulla di stabilito in tal senso.

Al dott. D. P. da Bari:

Che Ella abbia fatto o no servizio in zona di operazioni è certo che all'atto del congedamento le competono due mensilità di stipendio per il primo anno passato in servizio ed una mensilità per ogni altro anno in più.

La paga mensile varia poi a seconda del grado, ed Ella non dice con qual grado ha prestato servizio. M. G.

Concorsi a medici di bordo. — All'abbonato n. 11652:

Per l'ammissione all'esame con cui è concessa l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo occorre presentare alla Direzione della Sanità Pubblica entro il 15 giugno la domanda in carta bollata di L. 2, corredata dei documenti di rito, compreso il diploma di laurea di data non posteriore al 15 giugno 1918.

Gli esami d'idoneità consistono: *a*) in una prova scritta di patologia ed epidemiologia, sulle malattie infettive e macroparassitarie e specialmente esotiche e tropicali; *b*) prove pratiche di accertamento diagnostico delle malattie infettive e macroparassitarie, bromatologia, semeiotica e diagnostica clinica; *c*) prova orale d'igiene navale, legislazione sanitaria e lingue.

Lo stipendio non è stabilito trattandosi di esami d'idoneità non di concorso e le spese di permanenza a Roma sono a carico degli aspiranti.

Per maggiori indicazioni richiedansi i programmi alla Direzione generale della Sanità.

All'Abb. n. 1575:

Non esistono limiti di età per l'ammissione agli esami di medico di bordo indetto col D. M. 10 febbr. u. s.: solo occorre presentare un diploma di laurea conseguito da non meno di due anni presso un'Università del Regno.

I certificati di viaggi compiuti sono titoli di servizio, ammessi a corredo della domanda, ma non possono comunque esonerare dalla prova d'esame. *a. p.*

Libere docenze. — Al dott. D. T. S. da A.:

Le libere docenze *per titoli* e *per esami* sono sospese. Non possiamo prevedere quando esse saranno riaperte. *t. p.*

CONDOTTE E CONCORSI.

AREZZO *Spedali riuniti di S. Maria Sopra i Ponti*. — Chirurgo primario; L. 6000 lorde oltre indennità caro-viveri ed emolumenti accessori. Assunz. servizio entro 30 giorni. Scad. ore 12 del 20 giugno.

BARCHI (*Perugia*). — Interinato medico per le quattro condotte. Si preferiscono giovani medici possibilmente celibi. Rivolgersi al R. Commissario.

BAUNEI (*Cagliari*). — Condotta residenziale; L. 9000. Scad. 20 giugno.

CONTARINA (*Rovigo*). — Due condotte; L. 6000 pei primi 1000 poveri, L. 100 per ogni 50 poveri in più o frazione di 50, L. 2500 per mezzo trasporto; L. 2000 al med. del 3° riparto per disagiata residenza; L. 1000 all'uff. san. Servizio entro 15 giorni. Scad. 22 giugno.

CORDOVADO (*Udine*). — Condotta; L. 6000 lorde per 1000 poveri, L. 1,50 per ogni povero in più, tre quinquenni del decimo, indennità caro-viveri, L. 500 quale uff. san., L. 800 per mezzo trasp. Servizio entro 15 giorni. Scad. 5 lug.

MAZZO (*Sondrio*). — Al 20 giugno, consorzio; L. 6000 pei primi 1000 poveri, L. 250 ogni 100 poveri in più o frazioni, L. 500 dpo un biennio di prova, un decimo ogni quadriennio, L. 1000 per trasferte, L. 500 quale uff. san., L. 2000 per cavalc.

MONASTERO BORMIDA (*Alessandria*). — Condotto pei poveri; L. 4000; L. 4 per ogni povero iscritto nell'elenco; alloggio di 7 locali nel Palazzo comunale; L. 500 quale uff. san. Scad. 18 giugno.

OPPEANO (*Verona*). — Al 31 luglio, 1° reparto, L. 7000 lorde pei pov., 4 quinquenni del decimo, L. 1800 per mezzo trasp., indennità caro-viveri. Assunzione servizio nel giorno che verrà stabilito nella partecipaz. ufficiale di nomina.

PONTE BUGGIANESE (*Lucca*). — Condotta: lire 6000 e quattro quinquenni del decimo; per cavalc. L. 1000; indennità caro-viveri; residenza nel capoluogo distante km. 5 da Montecatini. Scad. 30 giugno.

RAVENNA. — Chirurgo primario del comune e del civico ospedale; L. 10.000 lorde con dieci bienni del ventesimo, percentuale compensi abbienti. Scad. 30 giugno. Età limite 40 anni. Chiedere annunzio al Segretario generale del comune.

ROVIGO. — Chirurgo condotto, primario dell'Ospedale civico; L. 6000, oltre indennità trasporto di L. 1000, indennità caro-viveri. Scad. 20 giugno. Rivolgersi al R. Commissario.

VENEZIA, *R. Prefettura*. — Tre posti di ufficiale sanitario per i comuni di Portogruaro, Cavarzere e Mirano; L. 6000 lorde con quattro quadrienni del decimo; indennità di caro-viveri, di mezzo trasporto, di malaria e di trasferte fuori del comune. Servizio entro un mese. Scad. ore 17 del 30 giugno. (Chiedere l'annunzio).

Medico chirurgo trentenne, con sei anni di laurea, con pratica ospedaliera ed ostetrica, cerca interinato o supplenza. Scrivere dettagliatamente: dottor Piero Pisacane - Clinica Ostetrica - Piazza Cavour, 14 - Torino.

Medico-chirurgo laureato da 16 anni, assumerebbe supplenza per il prossimo luglio o agosto in paese di villeggiatura, o presso stabilimenti idroterapici Alta Italia. Inviare proposte « Zancan », Corso Genova 13, Milano.

Medico chirurgo quarantenne cerca posto nella Svizzera in località prossima al confine. Dirigersi al dott. F. G. C., fermo posta Foggia.

Medico-chirurgo trentatreenne, assumerebbe interinato o supplenza collega per i mesi di luglio, agosto, settembre purchè a buone condizioni. Per eventuali proposte scrivere dott. Angelo D. Via della Stelletta 14, Roma.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Poggio Mirteto (Perugia), Mortara (Pavia), Belvedere Marittimo (Cosenza), Cellere (Roma), Brescia (per il manicomio), Orentano (Firenze), Coreglia Antelminelli (Lucca).

Revoca di diffide: Vezzano Ligure (Genova), Valpronaro Camaiore (Lucca), Baiano (Avellino), Solignano (Parma), Lenta (Vercelli).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

L'Amministrazione dell'ospedale di San Giovanni in Torino ha nominato medico primario il dottor prof. Gustavo Mattirolo, e chirurgo-primario il dottore professore Giuseppe Serafini, classificati primi dalle rispettive Commissioni.

Il nostro connazionale dott. prof. Angelo L. Soresi, del quale abbiamo ospitato alcuni pregevoli lavori, è stato nominato chirurgo primario del Greenpoint Hospital di New York, uno dei più grandi ospedali della città.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Cavalieri: dottori Matteo Napoli da Trapani, Tommaso Grossi da Frascati.

Il concorso Balbi-Valier.

L'opera del nostro amico e collaboratore prof. N. Pende, « Patologia e clinica degli organi a secreazione interna », è stata, nella solenne adunanza del 23 maggio del Reale istituto veneto, dichiarata vincitrice del concorso Balbi-Valier quale *opere di sommo pregio*. L'opera stessa era già stata premiata dalla Facoltà medica di Roma con la medaglia d'oro Guido Baccelli al merito clinico.

ALBO D'ORO.

Al dott. Roberto Nasuti da Città S. Angelo (Teramo) è stata conferita l'onorificenza di cavaliere della Corona d'Italia per « speciali benemerenze acquistate durante la guerra 1915-1918 » in qualità di capitano medico di complemento della R. Marina e di capo-reparto di chirurgia negli ospedali marittimi principali di Taranto, Spezia, Venezia, Pola.

NOTIZIE DIVERSE.

La crisi nella stampa medica.

Si fa rudemente sentire in quasi tutti i paesi: è determinata dagli straordinari rincari della carta e della mano d'opera tipografica, delle spese di porto, delle mercedi, ecc.

In Italia tutte le riviste mediche si dibattono tra intollerabili difficoltà. Alcuni periodici che vantavano un lungo e gloroso passato hanno dovuto sospendere le pubblicazioni: così la « Rivista di igiene e sanità pubblica »; quasi tutte hanno ridotto il numero delle pagine, hanno peggiorato la qualità della carta, sono in ritardo nella pubblicazione, ecc.; la « Vita sanitaria » e l'« Italia sanitaria » si sono fuse, per fronteggiare meglio la situazione; i « Pathologica » hanno chiesto un aumento di prezzo agli abbonati, nel corso dell'anno; ecc.

L'Associazione della stampa scientifica italiana, Sezione medica, presieduta dal Morselli, ha indetto un'adunanza a Roma, per il 15 corr., alle ore 11, nei locali dell'Associazione della stampa, per prendere in esame la grave situazione e avvistare i rimedi. Vari giornali medici hanno partecipato a un'adunanza che ebbe luogo in Roma, il 31 maggio u. s., convocata dalla « Rassegna Italiana », tra direttori e amministratori di riviste scientifiche e letterarie, con scopi analoghi. Della questione è stato anche interessato il Gruppo Medico Parlamentare, presieduto dall'onorevole Dore. Un memoriale è stato presentato ai Ministeri dell'Industria, della P. I. e dell'Interno da alcuni giornali medici, allo scopo di prospettare le gravi difficoltà e invocare un intervento.

Confidiamo che per queste diverse vie si giungerà ad escogitare ed attuare misure efficaci.

In Francia quasi tutte le riviste mediche hanno aumentato, in modo notevole, i prezzi d'abbonamento. Abbiamo già segnalato gli aumenti imposti ai propri lettori della « Presse Médicale » e dal « Journal des Praticiens »; ora vi si aggiungono altri periodici a larga diffusione, come la « Gazette des Hôpitaux ».

In Germania si è costituito un sindacato dei quattro principali editori di riviste mediche: Hirschwald di Berlino, Thieme di Lipsia, Lehmann di Monaco, Urban & Schwarzenberg di Berlino: essi hanno deciso di raddoppiare i prezzi d'abbonamento nel corso dell'anno e di portare aumenti notevolissimi per l'estero alle quattro riviste mediche settimanali della Germania (Berliner, Deutsche e Münch. Mediz. Woch., Mediz. Klinik).

Nel Belgio si è costituito un Consorzio per provvedere al rifornimento della carta ai periodici medici in una sola cartiera e per provvedere alla stampa in una sola tipografia, così da ridurre le spese.

La crisi è comune a tutta la stampa periodica; ma è più grave per quella medica, la quale ha quasi dovunque modesta tiratura, limitate risorse e bassi prezzi d'abbonamento.

Il problema è molto più grave ed urgente di come a prima giunta non appaia; poichè i bilanci delle amministrazioni sono in deficit notevolissimo e si corre il rischio di dover sospendere le pubblicazioni.

XII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia.

Il XII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica della Associazione Medica Itliana sarà tenuto a Perugia dal 4 all'8 ottobre 1920.

Congresso interalleato per gli invalidi.

Nei primi di marzo si è riunito a Parigi in seduta plenaria il Comitato permanente interalleato per lo studio delle questioni riguardanti gli in-

validi di guerra. Presiedeva il prof. Riccardo Galeazzi, presidente del Comitato stesso e direttore generale degli Istituti del Comitato Lombardo per i soldati mutilati in guerra. Presenziavano i rappresentanti degli invalidi di guerra di ciascuna delegazione alleata. Tra gli altri temi furono trattati i seguenti: condizioni lavorative fatte ai mutilati di guerra nelle officine comuni; estensione dell'opera del Comitato permanente interalleato alle questioni dei mutilati del lavoro; iscrizione del Comitato alla Lega delle Nazioni.

I. Congresso Panellenico di Igiene e Demografia.

Si terrà ad Atene dal 25 al 30 aprile 1921, in coincidenza coi festeggiamenti pel centenario dell'Indipendenza ellenica. Comprenderà le sezioni seguenti: Igiene pubblica, individuale, militare e navale, Demografia, Igiene infantile ed Igiene profilattica. ed un'Esposizione; sarà presieduto dal prof. G. Phocas. Le informazioni relative possono aversi dal dott. P. J. Rondopoulo, via Nikiforo 14, Atene.

Unione mondiale contro la tubercolosi.

In una riunione dei rappresentanti delle Società contro la tubercolosi delle varie nazioni, tenutasi a Parigi il 7 novembre 1919, fu stabilito di preparare, nella Conferenza del prossimo ottobre 1920, la costituzione di una Società internazionale Antitubercolare.

Tirocinio di perfezionamento per la lotta antitubercolare.

La Direzione Generale della Sanità pubblica ha proceduto alla costituzione di un primo gruppo di medici desiderosi ed in grado di compiere un tirocinio di perfezionamento per la lotta antitubercolare. Ad ogni medico prescelto viene accordata una borsa di studio in L. 3600. Con questo tirocinio si dà modo ai medici di acquistare la pratica dell'andamento dei Sanatori ed Istituti consimili, dal punto di vista scientifico, di assistenza, profilattico ed amministrativo. Il medico che ha usufruito della borsa deve dichiararsi disposto ad accettare, dopo il tirocinio, gli incarichi presso istituzioni antitubercolari a cui fosse eventualmente chiamato da Enti pubblici, con eque condizioni scientifiche, morali ed economiche.

Corso accelerato per medici all'Ospedale Civile di Venezia.

L'Ospedale Civile di Venezia, considerando che molti dei medici laureati durante la guerra sentono il bisogno di vedere ancora un numero considerevole di svariate infermità, ha aperto un corso accelerato per medici, dal 15 aprile al 15 giugno. Si accettano iscrizioni anche per uno solo dei due mesi

Una conferenza.

Dinanzi una folla di autorità, e di eletti invitati, il Preside dell'Istituto de Merode in Roma, rev. prof. Eugenio Alessandrini, ha illustrato nel salone centrale dell'Istituto, il tema « *La ginnastica medico fisiologica nelle scuole* ». Ha rilevato che una razionale educazione fisica rappresenta uno dei primi fattori di forza e di grandezza per un popolo; che questo fattore non è curato come dovrebbe esserlo in Italia; quanto esso valga anche come rieducazione ce lo han mostrato i nostri mutilati di guerra nei maggiori centri di cure fisiche e quindi nello stesso Istituto de Merode, ritrovarono l'energia e la salute. L'oratore accennò alle generalità dei vari metodi di educazione fisica per dire la genesi e la evoluzione di quello che risulta oggi di più efficace e più ricco di promesse: il metodo Gualdi. Parlò dei mirabili risultati ottenuti con questa ginnastica medico-fisiologica durante la guerra e della sua applicazione, oltre che fra i mutilati, fra i giovani studenti dell'Istituto e, criticando l'indifferenza degli educatori nelle scuole e nelle famiglie, si augurò che a un sano risveglio di energie intellettuali e morali e razionali corrispondano il miglioramento e lo sviluppo delle energie fisiche.

Molte e belle proiezioni e cinematografie accompagnarono la conferenza.

Fra gl'intervenuti erano i generali Grazioli, Della Valle, Gerundo, Pirzio-Biroli, i proff. Loriga, Badaloni, Sanarelli, il dott. Quirico, il dott. Gualdi, ecc.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 7 e 14 giugno 1920 Fasc. 23 e 24.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Ulteriore contributo alla diagnosi e alla cura medica dell'ascesso epatico dissenterico

(3ª memoria)

per il prof. TOMMASO PONTANO aiuto di clinica, docente di patologia medica.

(Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente).

LO STADIO PRESUPPURATIVO DI ROGERS E L'ASCESSO COSTITUITO.

Dei nostri dieci malati in otto la diagnosi di ascesso epatico amebico è stata convalidata dalla puntura esplorativa, in due casi la diagnosi è stata puramente clinica. In essi (1° e 8°) non fu praticata la puntura perchè la tumefazione dolente del fegato si estrinsecava nella cavità addominale e la puntura esplorativa avrebbe costituito una imprudenza imperdonabile. Si potrebbe supporre da qualcuno che nei due casi si trattasse non di vero ascesso costituito ma dello stadio presuppurativo, che, come Rogers da tempo ha insegnato, guarisce con l'ipecacuana o con la cura emetinica.

Nel caso 8° invero la malattia durava da ben sei mesi con febbre intermittente (periodo di molto più lungo di quello stabilito da Rogers), il fegato era notevolmente ingrossato, e presentava una tumefazione dolente in corrispondenza della testa del retto di destra, tutto l'ipocondrio subiva una distensione notevole, come suole dare un processo morboso tensivo, quale è l'ascesso che si installa nel fegato (Cardarelli). Nel caso 1° tutto deponeva per una epatite (febbre, leucocitosi, dolore all'ipocondrio, sfregamenti peritoneali) ma senza dubbio la semplice epatite, senza formazione di ascesso, può secondo alcuni cultori di patologia tropicale, dare la stessa sintomatologia clinica. A tale proposito è necessario però affrontare il problema dello *stadio presuppurativo dell'epatite amebica*, stadio definito dal Rogers nel 1907, sul quale l'A. insiste nelle più recenti pubblicazioni (1919).

Rogers parla di stadio presuppurativo dell'epatite amebica in malati che si possono così raggruppare:

a) dissenterici amebici con febbre intermittente, leucocitosi, e risentimento del fegato, nei quali la puntura esplorativa è negativa; essi guariscono con la sola cura emetinica.

b) malati con segni di epatite, con febbre in-

termittente e leucocitosi, senza dissenteria, che guariscono con l'emetina.

c) malati non dissenterici, senza segni di epatite, con febbre intermittente, leucocitosi, che guariscono con l'uso dell'emetina.

Tali gruppi di malati sono stati dall'A. osservati in zone tropicali; egli in base a tali osservazioni è venuto nella convinzione che spesso nei malati con dissenteria amebica ed anche senza segni clinici di dissenteria, « sintomi di suppurazione epatica sono preceduti, per un periodo di settimane e anche di mesi, da febbre; durante tale periodo vi possono essere pochi o nessun segno che richiamino l'attenzione sul fegato come causa del disturbo; questa febbre è ordinariamente curata come malaria. Inoltre, anche quando sintomi spiccati di epatite acuta sono presenti, è spesso impossibile decidere se un ascesso s'è realmente formato, o no, senza ricorrere ad una operazione esplorativa, la quale molto spesso dà un resultato negativo in casi nei quali un ascesso del fegato si rinviene in un periodo successivo ».

Il quadro anatomico non è descritto dall'A. perchè manca di reperti: egli parla solo di « *irritation of the liver on account of the protozoal organisms reaching the organ mainly by the portal circulation* ». E questo stato d'irritazione del fegato è da tener bene distinto dallo stadio di suppurazione vera, perchè, secondo Rogers, intervenire con la cura specifica nello stadio presuppurativo significa guarire il malato e rapidamente; se l'ascesso invece è formato e la puntura esplorativa positiva, la *cura medica potrà coadiuvare l'intervento, ma questo non deve nemmeno per poco tempo essere differito*.

Nei casi senza dissenteria, e senza sintomatologia epatica, la particolare *forma di leucocitosi*, dal Rogers stesso messa in evidenza, deve essere buon criterio per una utile direttiva.

E le osservazioni cliniche di Rogers, e le sue affermazioni sulla patogenesi, e le induzioni curative, con le note precise di indicazione e di controindicazione, non possono passare senza una oculata revisione critica, condotta sulla guida delle conoscenze attuali della clinica e dell'anatomia patologica dell'ascesso epatico.

La figura del malato rappresentatoci da Rogers ha sintomi generali costanti, costituiti dalla febbre suppurativa, dalla leucocitosi; ha sintomi incostanti, (concomitante dissenteria, segni di epatite); l'unificazione della forma clinica « *stadio presuppurativo dell'epatite amebica* » poggia sulla constatazione comune alle due categorie di malati dell'*effetto specifico della cura con l'ipecacuana o con l'emetina*, sia sui sintomi generali che sui sintomi locali, dove questi esistano. La cura adunque unifica sindromi differenti per le quali l'A. usa una dizione che è esponente di un ragionamento clinico, più che di una dimostrazione anatomo- patologica.

Perchè infatti Rogers parla di stadio presuppurativo?

1° Perchè la puntura esplorativa dà resultato negativo;

2° Perchè spesso mancano segni clinici di epatite;

3° Perchè gli ascessi epatici sono preceduti d'ordinario da un periodo in cui predominano i segni dall'A. messi in rilievo nello stadio presuppurativo.

4° Perchè infine la febbre intermittente e la leucocitosi fanno sospettare l'irritazione del fegato.

Contro la interpretazione di Rogers militano parecchie ragioni e le constatazioni che noi, nel corso del nostro studio, abbiamo potuto fare.

L'A. non ha una sola osservazione anatomica che dimostri con dati sicuri che la suppurazione veramente manchi e che alla dizione « stadio presuppurativo » corrispnda un particolare stato anatomico. Non è d'altra parte rigorosamente esatto affermare che la suppurazione non si sia iniziata, o che non sia conclamata, sol perchè la puntura esplorativa è negativa, anche ad addome aperto. L'ascesso, quando il processo è iniziale, può essere limitato ad una piccola area di fegato, l'iperemia ed il conseguente dolore, o la periepatite, se la flogosi è superficiale, possono spiegare la presenza dei sintomi locali. La febbre, la leucocitosi possono essere l'esponente d'un focolaio non ritrovabile con la punta dell'ago. Sebbene il processo necrotico, e quindi il focolaio chiamato suppurativo, esista, può qualche volta essere molto indaginosa la ricerca. Non raramente anche in ascessi di media grandezza, ripetute esplorazioni sono necessarie per avere una puntura positiva. Si sa pure che vi sono zone del fegato (lobo quadrato, lobo di Spigelio), difficilmente esplorabili con l'ago. Un altro elemento per un giudizio esatto non deve essere trascurato: anche se l'ago capita nel focolaio di rammollimento, all'inizio del processo suppurativo, difficilmente riesce l'aspirazione ed estrarne il contenuto, il quale è denso, vischioso; la puntura sarà facilmente positiva, praticata nello stesso luogo quando sarà sottentrato il processo di colliquazione. In qualche caso la conoscenza esatta dell'anatomia patologica del contenuto ascessuale è bastevole per spiegare l'insuccesso della prima esplorazione e la positività della successiva; ma il primo tempo va considerato *stadio ascessuale* così come il secondo, e una differenziazione in stadio pre ed ascessuale contradirebbe ai reperti dell'anatomia patologica. Anche

la puntura esplorativa negativa non può essere adunque elemento decisivo per negare un ascesso iniziale centrale.

Quando mancano i segni dell'epatite, per la febbre, per la caratteristica leucocitosi, per l'effetto utile dell'emetina, il Rogers parla di stadio presuppurativo e non d'ascesso. Ma l'assenza di segni subbiettivi locali può essere in rapporto col fatto che l'ascesso epatico dissenterico in tutta la sua evoluzione talora decorre in modo assolutamente latente: nessun fenomeno doloroso richiama l'attenzione del paziente ed il malato ambulatoriamente, «portando il suo grosso ascesso sotto il braccio », va a domandare al medico la causa dell'inesplicabile febbre. Circa la mancanza dei dati obbiettivi per un certo tempo, l'esperienza clinica insegna che alcuni ascessi epatici dissenterici possono avere decorso cronicissimo od insorgere nella parte centrale del lobo destro del fegato. La lentezza dell'evoluzione e la sede centrale sono ragioni sufficienti in casi particolari, perchè, pur esistendo l'ascesso, i segni dell'epatite, sia subbiettivi che obbiettivi, manchino per lungo tempo a completamento della sintomatologia generale: sono questi i casi in cui i medici lungamente sogliono ricorrere alla cura chininica perchè sospettano infezioni malariche resistenti al rimedio. Immaginare invece che febbre e leucocitosi siano la conseguenza di una semplice « *liver's irritation* » è del tutto arbitrario.

Dal 907 fino ai nostri giorni il Rogers ha sostenuto in tutti i suoi lavori l'esistenza di questo particolare stadio presuppurativo, perfezionandone la diagnostica, in base al criterio curativo, che sarebbe discriminativo: « nello stadio presuppurativo, egli dice, noi con l'emetina e con l'ipecacuana abbiamo rapidamente ragione del processo morboso, mentre quando la suppurazione è in atto e l'ascesso si è costituito, la terapia medica sola con l'emetina riesce vana ».

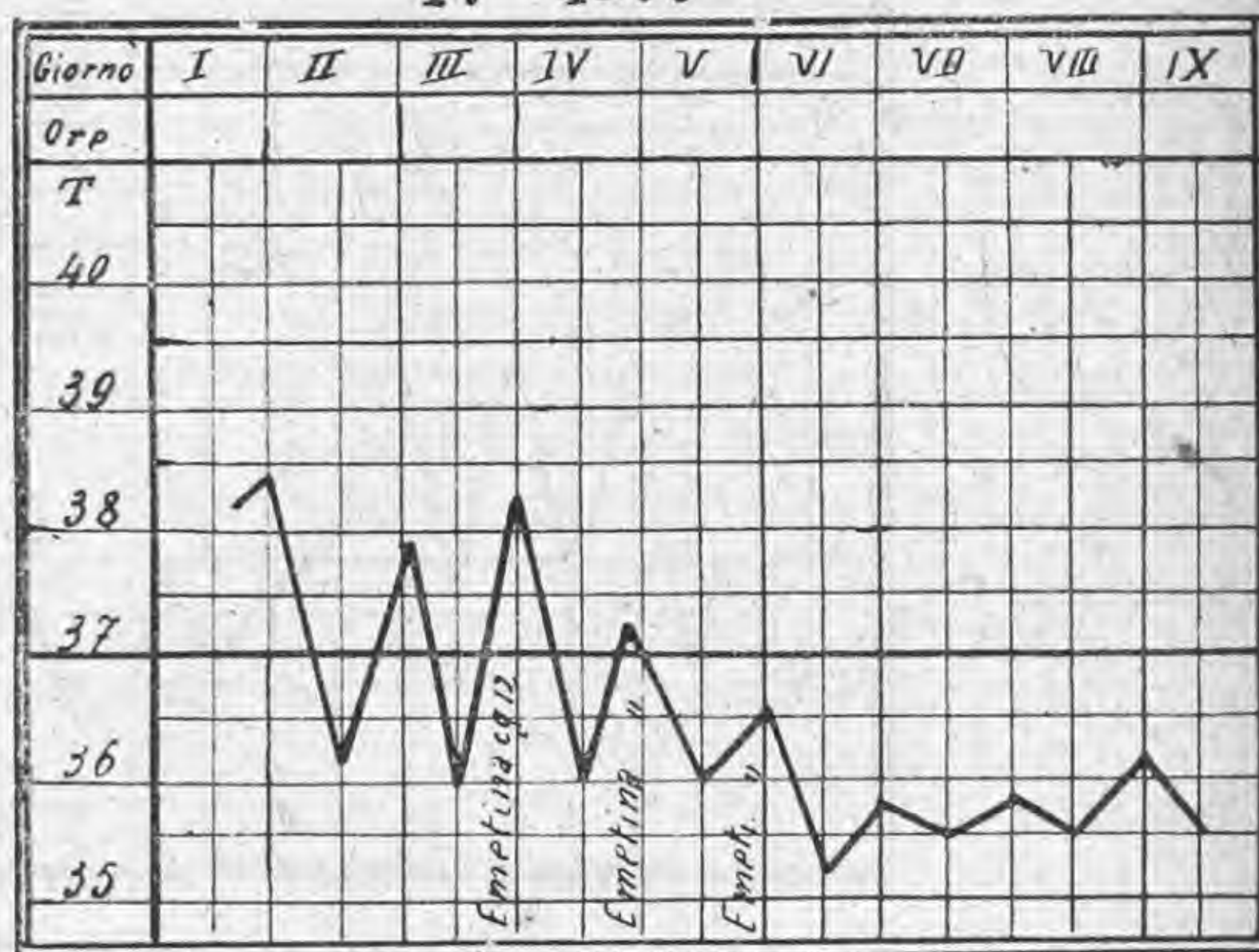
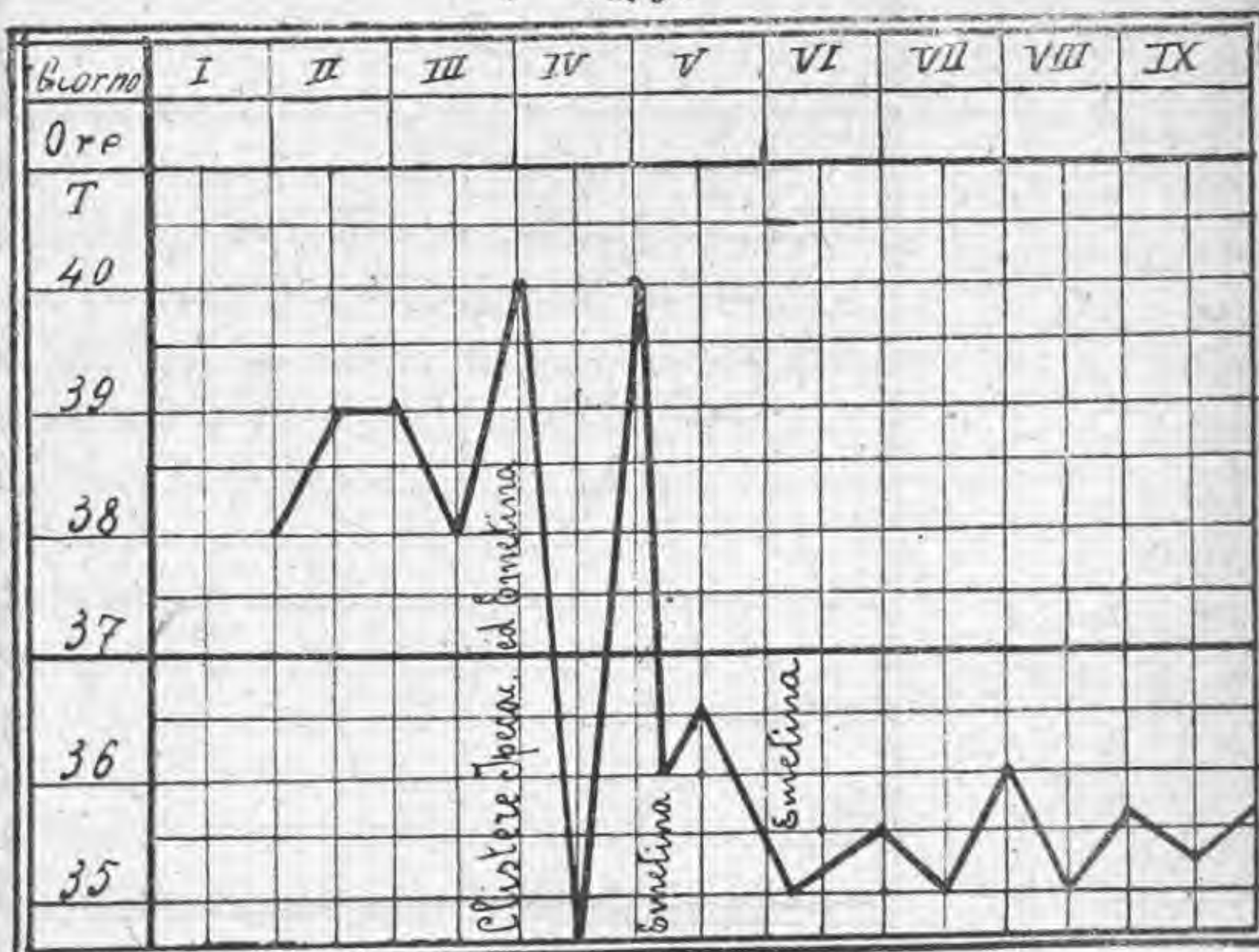
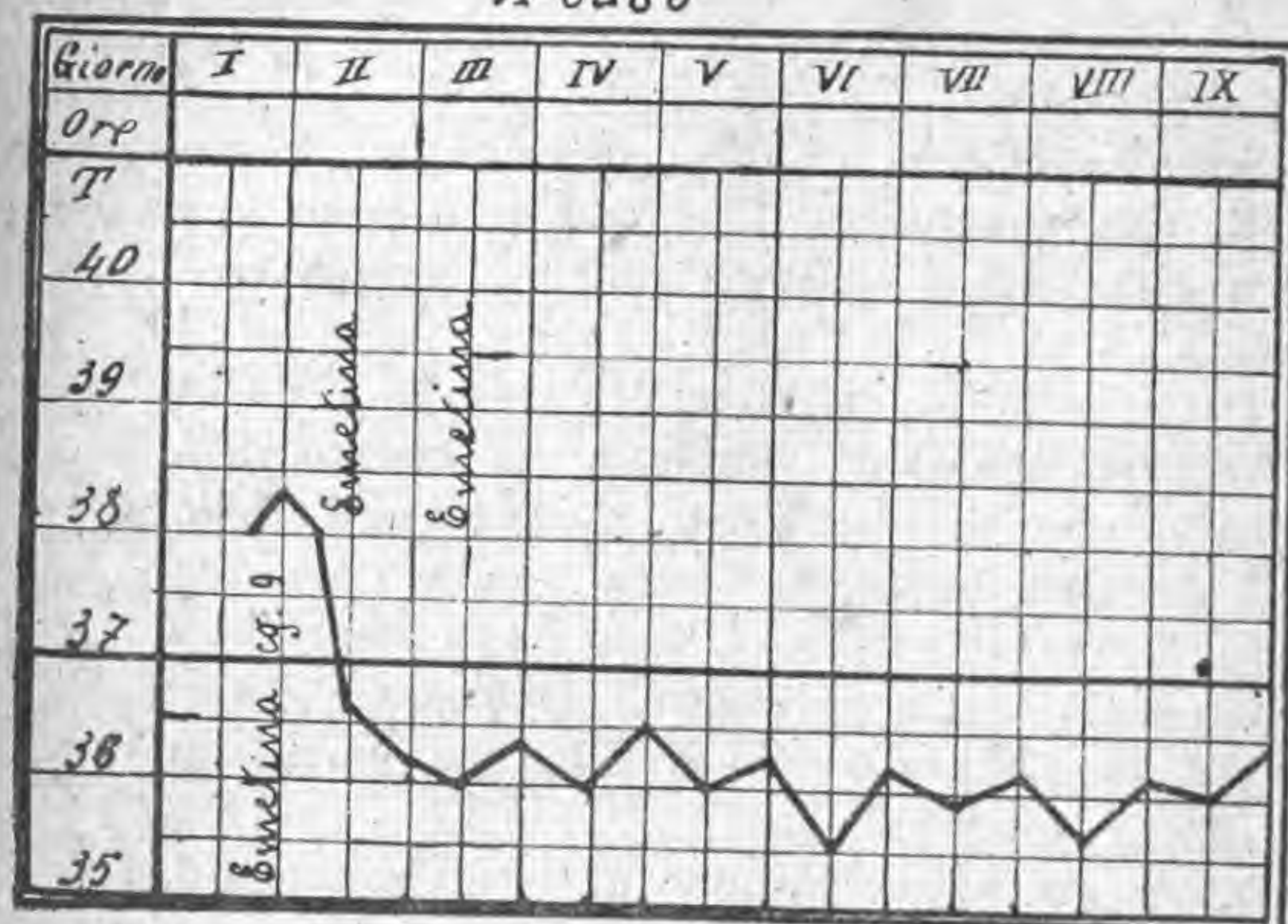
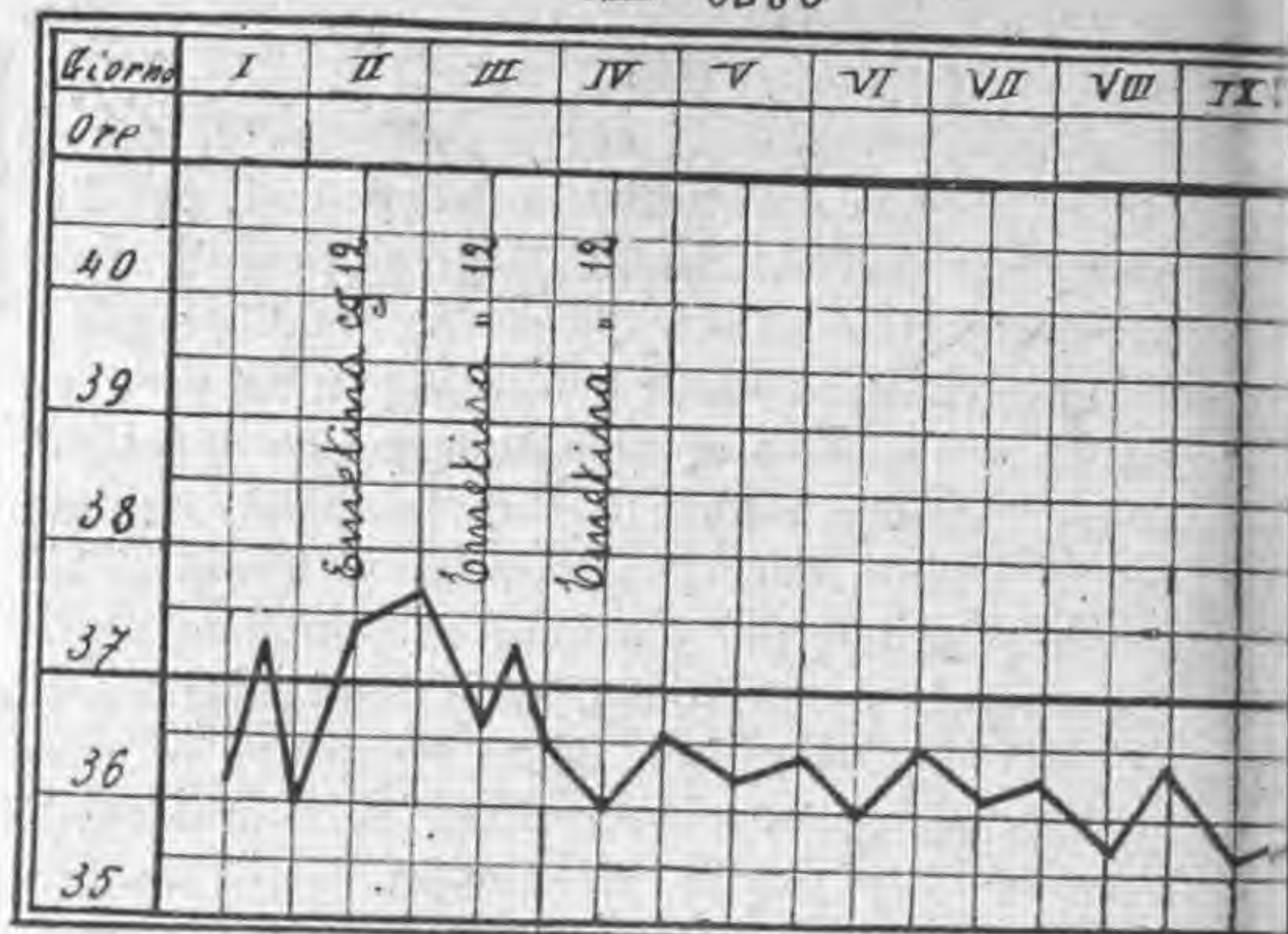
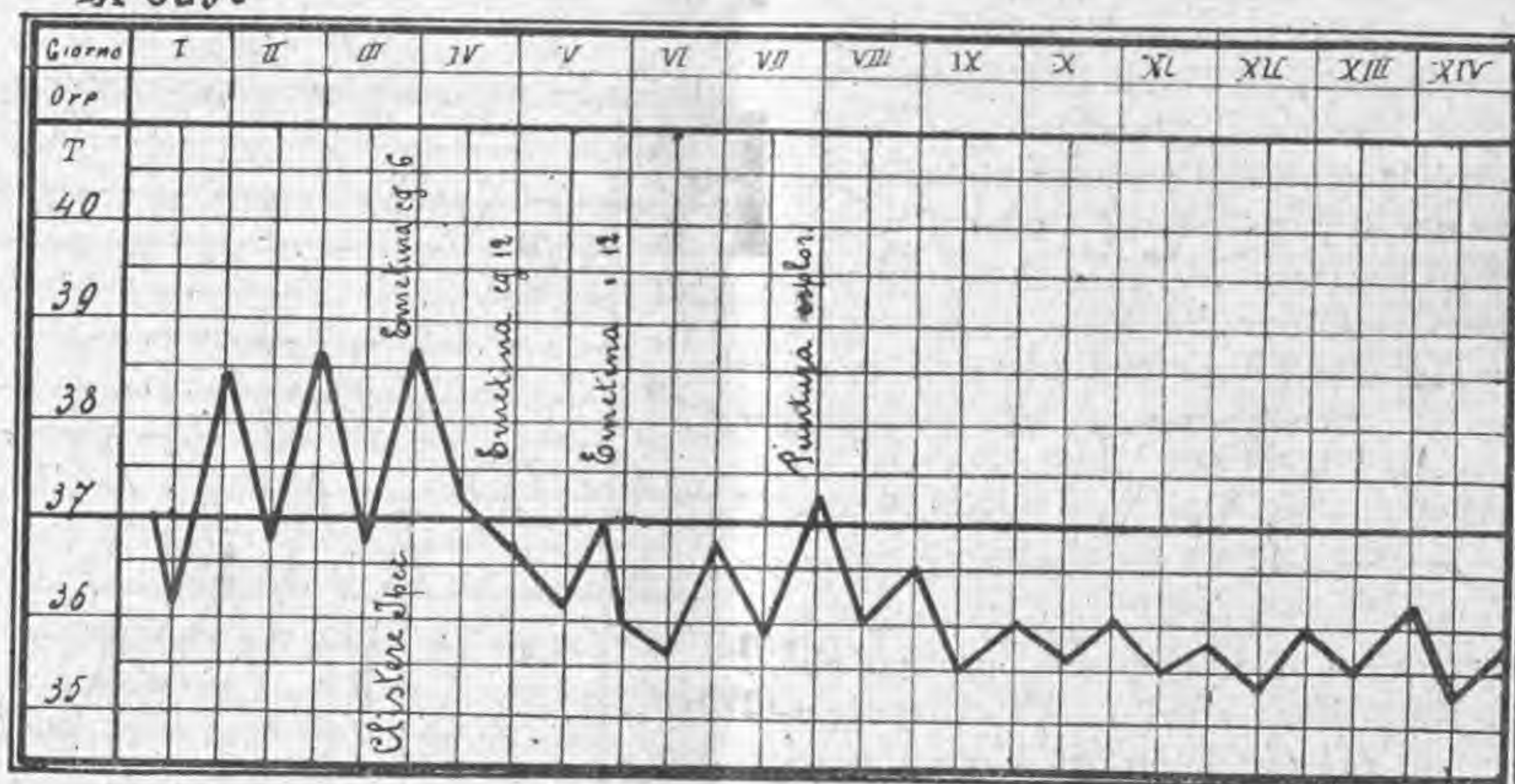
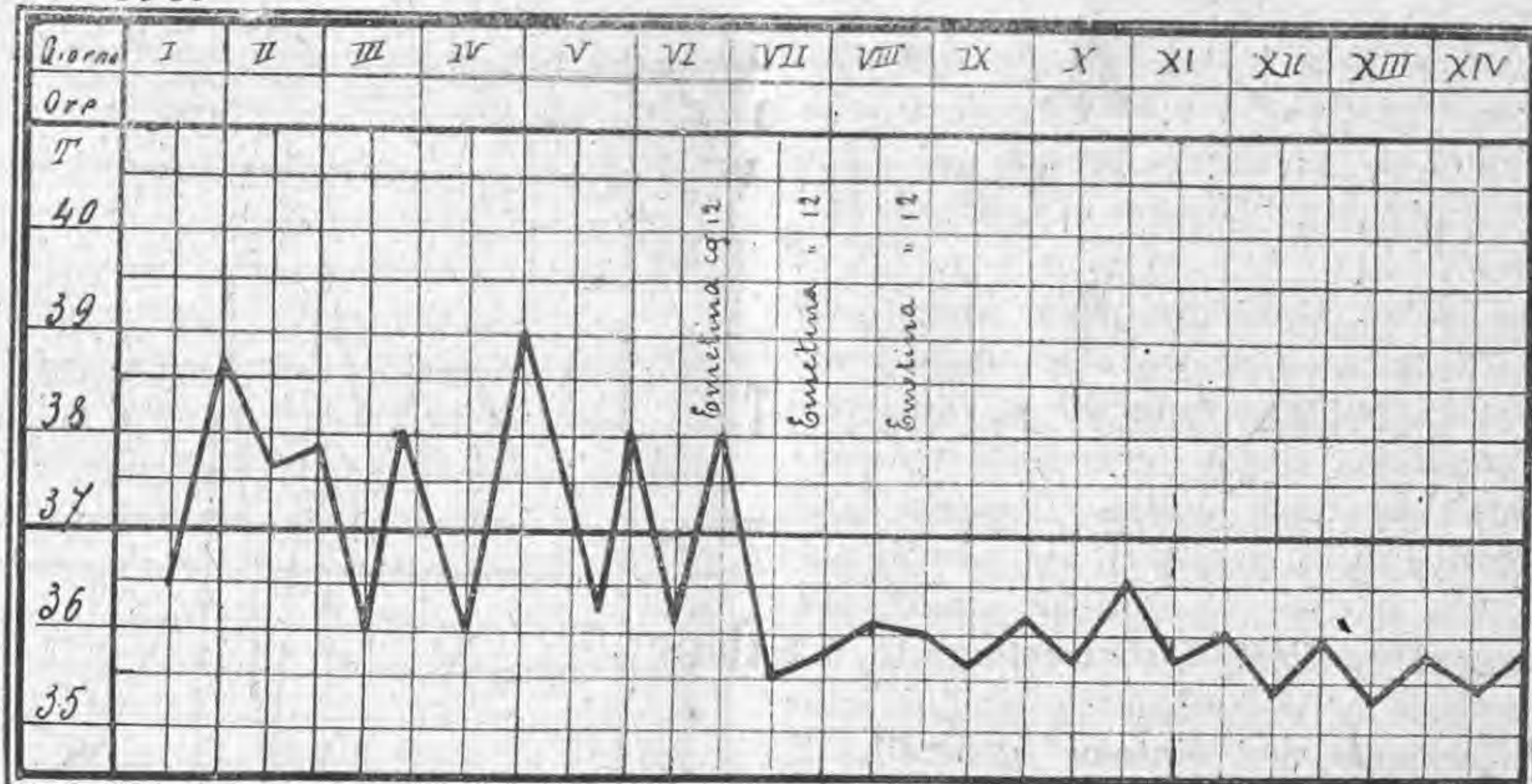
Questa sua concezione ha tanto pesato nelle convinzioni e nei tentativi dei medici terapisti, che ogni contributo, si può dire, ripete, quasi come conclusione, il precetto di Rogers (Chauffard, tesi di Françon).

I resultati, da noi ottenuti in questi ultimissimi anni in casi di ascesso epatico conclamato e dimostrato con la puntura esplorativa, dimostrano a luce meridiana che il fondamento terapeutico della sua concezione clinica è lontano dalla realtà: ascessi epatici costituiti, sia piccoli che voluminosi, sia recenti che antichi, guariscono con la sola cura medica. Il comportamento del processo morboso nelle sue manifestazioni locali e particolarmente nei sintomi generali, di fronte alla cura medica specifica, è la riproduzione fedele di quanto Rogers minutamente descrive a proposito della guarigione dello stadio presuppurativo.

Sulla esperienza di dieci osservazioni personali, accompagniamo il malato di ascesso epatico dissenterico assoggettato alla terapia emetinica.

Dopo le prime iniezioni del rimedio i malati risentono immediati vantaggi. La *caduta della febbre*, quando essa esiste, è uno degli indici più costanti dei buoni resultati della cura. Malati febbricitanti da mesi, dopo 24-36 ore al massimo dalla prima iniezione, sfebbrano e definitivamente. Riporto sei grafiche dei malati 4°, 5°, 6°, 8°, 9°, 10°.

Esse non hanno bisogno di largo commento: in cinque casi il giorno dopo, in uno, dopo due giorni, la temperatura è scesa sotto i 37° e più non ha presentato elevazioni. La costanza della

IV' Caso

V' Caso

caduta della temperatura è fatto così singolare e caratteristico, da conferire alla cura specifica il valore di criterio diagnostico sulla natura della malattia, così come si attribuisce alla cura chininica, alla mercuriale, alla salicilica un valore diagnostico rispettivamente per la malaria, per la sifilide, per il reumatismo articolare acuto genuino. Se la febbre persiste dopo i primi due o tre giorni di cura immutata, c'è da pensare che l'ascesso epatico non sia dissenterico, o che una complicanza sia intervenuta, determinata da bacteri patogeni.

Il *dolore* è l'altro segno, che, parallelamente alla temperatura, in modo rapido regredisce. Il dolore spontaneo scompare in pochi giorni, il dolore provocato dalla pressione diminuisce e può scomparire in una o due settimane.

Quando contemporanea *dissenteria* esista, essa migliora al 2°, al 3° giorno per cessare completamente o essere sostituita da stipsi dopo 7-8-10 giorni.

Lo *stato generale del malato* risente anche rapidamente del netto mutamento che segue alla cura: torna l'appetito, in breve nutrizione e sanguificazione migliorano, aumenta il peso del corpo; i malati dicono di sentirsi bene e mal volentieri sopportano lunghe degenze nell'ospedale per la continuazione ulteriore della cura.

A chi voglia considerare le brevi storie cliniche pubblicate dal Rogers, con l'etichetta di stadio preascessuale dell'epatite amebica, apparirà manifesta la perfetta identità di comportamento, quale resulta nelle nostre storie cliniche di ascesso epatico, in seguito alla cura emetinica. Se clinicamente non era dimostrabile una vera differenza tra stadio ascessuale e ascesso costituito, terapeuticamente nessuna differenza esiste. *Con ogni verosimiglianza lo stadio preascessuale di Rogers corrisponde all'ascesso iniziale, all'ascesso cronico, all'ascesso centrale.* La critica del concetto di Rogers mette in dubbio l'esistenza dello stadio morboso, così come egli lo intende; il resultato da noi e da altri ottenuto costantemente negli ascessi costituiti, toglie ogni valore alla distinizone terapeutica, sulla quale principalmente era basata la faticosa costruzione clinica.

IL FONDAMENTO ANATOMICO E BIOLOGICO DEL RIASSORBIMENTO DEL CONTENUTO ASCESSUALE.

Prima di analizzare le indicazioni della terapia medica e i dettagli di essa, è necessario chiarire le ragioni sulle quali è basata la guarigione dell'ascesso epatico dissenterico costituito con la sola cura medica, è necessario ricordare le nozioni di anatomia patologica che permettono di comprendere le ragioni del riassorbimento. Tali considerazioni sono tanto più necessarie, inquantochè molti patologi *a priori* diffidano di tali miracolose guarigioni, convinti che l'antico adagio chirurgico «*ubi est pus, evacua*» non subisce eccezioni. Le nozioni che in breve riassumeremo, mostreranno che ingiustamente l'ascesso del fegato è considerato come una comune soppurazione e che esso guarisce con la sola cura medica, per il solo fatto che esso non appartiene alla categoria delle suppurazioni vere, ma delle necrosi di origine protozoaria.

Nei miei precedenti contributi (1) ho lungamente insistito su dati anatomici, che, a mio parre, erano il fondamento dei fatti incontrastabili osservati in clinica. Ragioni e deduzioni curative, perfino i fatti, non sono stati ritenuti sufficienti a convincere, tanto che J. B. N., a proposito di essi, nel *Tropical Diseases Bullettin* (aprile 15, 1919) ha scritto: «*the author offers some not very convincing remarks as to the advisability of abstaining from all surgical intervention in these cases in future, now that we have emetime to rely on*»; Simoncelli qualifica le mie vedute come tutte nuove e dubita perfino delle diagnosi di ascesso epatico, una volta che i malati erano guariti con la cura medica sola, ritiene anzi i miei consigli un vero pericolo per i malati; ogni giorno poi ricchi contributi statistici chirurgici si aggiungono a quelli del passato, mentre timidi tentativi isolati compaiono di terapia medica. I meno corrivi ad accettare l'opinione che l'ascesso epatico dissenterico guarisce con la cura specifica (Chauffard, Ravaut, Gaglio, Armand, Delille, ecc.), parlano di ascessi vivi, di ascessi piccoli, di casi particolari nei quali solo si può usare la cura emetinica.

Nei miei contributi ultimi ho sostenuto la guarigione dell'ascesso epatico ed ho ammesso che in casi eccezionali poteva fallire la terapia, ma che questi casi dovevano essere ricercati attentamente dalla esperienza, perchè sicure ne derivassero le note per le indicazioni e per le controindicazioni. L'esperienza attuale più larga dà ragione alle previsioni e rende forse più convincenti, anche agli occhi dei meno corrivi, le ragioni portate in pro della pratica curativa.

Il riassorbimento dell'ascesso determinato dalla cura emetinica, trova la sua conferma costante nell'esperienza clinica e la sua spiegazione in due nozioni importanti quali sono l'azione sterilizzante del rimedio, l'anatomia patologica dell'ascesso.

Piccoli dosi di cloridrato di emetina uccidono rapidamente le forme vegetative dell'amoeba

(1) *Policlinico*, Sezione medica, 1918-1919.

hystolitica, purchè siano dai vasi portati fino al protozoo. Nella parete dell'ascesso epatico, pullulano le forme vegetative dell'amoeba hystolitica, sono assenti, per nozione comune confermata dalla personale esperienza, le cisti (resistenti al rimedio); scarse invece o assenti, sono le amebe nel contenuto ascessuale.

L'emetina giunge facilmente nella sede di azione del parassita, perchè la parete ascessuale è largamente vascolarizzata, e rapidamente può esercitare la sua azione sterilizzante. Se l'agente patogeno è distrutto subitamente, noi possiamo con facilità comprendere la rapida scomparsa dei sintomi generali (febbre, leucocitosi, ecc.). In tutti gli stadî si riassorbe il contenuto ascessuale dopo la sterilizzazione di esso, sia che il processo sia al primo stadio, sia florido o sia inveterato, così come la gomma si riassorbe sia che trovisi allo stato di crudezza, o sia caseificata o rammollita dalla fluidificazione. Il riassorbimento del prodotto necrotico è stato da noi seguito passo per passo, per poterne interpretare il meccanismo: noi abbiamo trovati conservati sempre gli stessi caratteri del prodotto morboso, abbiamo veduto diminuire le emazie, non abbiamo veduto mai una invasione leucocitaria della cavità, tanto che abbiamo sospettato un processo di autolisi come il più verosimile, per spiegare il riassorbimento del prodotto dell'epatite necrotica amebica.

Clinicamente il tempo utile per il riassorbimento dell'ascesso è variabile: è in rapporto con lo stadio nel quale l'ascesso è aggredito dalla cura medica, con il volume dell'ascesso. Nei primi stadî il riassorbimento è rapidissimo, in qualche settimana talora; quando l'ascesso dura da mesi, il riassorbimento è lento ed il fegato torna nei limiti dopo parechi mesi (3-4 mesi). Ma il processo di reintegrazione del volume dell'organo è progressivo. Noi abbiamo potuto seguire in un caso con punture esplorative successive in numero di sette, il riassorbimento del liquido: le prime cinque hanno dato esito a pus epatico sempre cogli stessi caratteri, la sesta al 25° giorno, e la settima, poco tempo dopo, riuscirono negative.

Un dato importante ci offre la recente letteratura: in un malato di dissenteria amebica con ascesso epatico che sporgeva all'epigastrio, il Mattei in Francia (1917) ha usato l'emetina. Dopo 30 giorni di terapia l'ascesso si poteva considerare guarito, senonchè dopo 3 giorni il paziente è colpito da grave polmonite che lo uccide in 48 ore.

L'ammalato muore al 34° giorno dall'inizio della cura emetinica; il fegato all'autopsia mostra aderenze del margine anteriore e al taglio una cavità del volume di *una noce* a contenuto caseoso, giallo pallido. L'esame microscopico riesce negativo per l'ameba patogena. Lo stato anatomico dell'organo a distanza di 34 giorni corrisponde con esattezza ad alcuni dei dati clinici offerti dalle nostre storie: rapida guarigione clinica, riassorbimento piuttosto lento del prodotto morboso, lenta restituzione del volume antico dell'organo.

LA CURA EMETINICA E SUE INDICAZIONI.

La cura medica da noi instituita nei nostri malati ha consistito nell'uso del *solo cloridrato di emetina*, somministrato per via intramuscolare. La dose è stata variabile da 9 a 12 a 15 cgr. al giorno, in fiale da 3-4 cgr. ciascuna. Il prodotto da noi adoperato (Welcome) è stato da tutti i malati ben tollerato, anche quando è stato associato a clisteri di decotto di ipecacuana (6-8 gr. di radice in 1000 d'acqua per due clisteri nelle 24 ore). Il primo periodo di cura è stato della durata di tre giorni. Il primo mese l'ammalato ha ricevuto in generale due periodi di cura, poi per 8-9 mesi un periodo di cura al mese. È opportuno far precedere la somministrazione dell'emetina da un purgante leggero.

La dissenteria eventualmente coesistente può riacutizzarsi durante specialmente il primo ciclo di cura; è questo inconveniente di nessun valore che non deve menomamente influenzare l'andamento della terapia.

Un oculato controllo del polso e del respiro deve essere esercitato; deve essere tenuto conto dell'eventuale senso di nausea o dell'insorgenza del vomito, per attenuare ed eventualmente sospendere la somministrazione dell'emetina.

Tale schema di terapia serve come guida direttiva, ed ubbidisce a regole essenziali nella lotta contro le malattie protozoarie: cure brevi, distanziate, ma sempre intense per sterilizzare ed eventualmente prevenire le recidive. Naturalmente lo schema deve subire quelle modificazioni individuali, che le peculiari condizioni dei soggetti possono richiedere. Ho potuto seguire qualcuno dei miei malati per più di un anno. *Nessuno ha avuto recidive dell'ascesso epatico.*

Gli autori, che del problema delle *indicazioni* e *controindicazioni* si sono occupati, mostrano di preoccuparsi:

1° della *gravità del malato;*

2° di *particolari condizioni inerenti all'ascesso (pericolo di perforazione, grandezza e stadio dell'ascesso, complicanze bacteriche).*

La nostra esperienza ci ha permesso di raccogliere osservazioni, che, nella loro chiarezza e concordanza, rappresentano una utile guida.

Il malato di ascesso epatico non raramente è in

grave stato per due ragioni principali: o perchè lo stato generale e gli organi hanno risentito i danni della prolungata infezione locale ed eventualmente della dissenteria concomitante, o perchè la gravezza e l'estensione del danno epatico riducono la capacità funzionale dell'organo, conducendo il soggetto sull'orlo pericoloso dell'insufficienza epatica.

Qualcuno pensa che tali condizioni possano controindicare il tentativo di cura medica e qualificano anzi l'intervento chirurgico come urgente. Ho veduto malati in tali condizioni, ed all'operazione, eseguita d'urgenza, ho veduto non raramente seguire la morte. L'anestesia, anche locale, il trauma operatorio bastano per compromettere l'esistenza del paziente. È urgente in tali malati la cura, come nei perniciosi malarici è urgente l'intervento con dosi generose di chinina.

Senonchè quanto si trova scritto sull'emetina e sulla sua tossicità è talmente preoccupante, che il coraggio del medico si arresta dinanzi alla terapia di tali casi: ricordo di un medico intelligente che somministrava due centigrammi di emetina a giorni alterni in un dissenterico gravissimo, con ascesso epatico, per timore che dosi generose terapeutiche danneggiassero il malato. Sulla innocuità dell'emetina a dosi terapeutiche (12-15 cgr. al giorno) io posso ricordare non solo l'esperienza personale limitata, su gravi malati con ascesso epatico (osservazione 3ª-5ª-6ª-8ª), ma su innumerevoli malati di dissenteria amebica da me seguìti in Macedonia. Soggetti pallidi, anasarcatici, ridotti in stato di cachessia, hanno sopportato bene *quantità curative di emetina*, somministrate a dosi frazionate, nelle 24 ore. La gravità del malato richiede tutti quei presidî terapeutici di cui ogni malato da infezione ha bisogno (riposo a letto, dieta conveniente, eventualmente cardiocinetici, morfina, ecc.); ma non costituisce la gravità controindicazione al trattamento emetinico: aggiungo anzi che differire un trattamento chirurgico è spesso ragione di salvezza; iniziare una cura medica specifica equivale spesso alla definitiva guarigione del malato.

La *grandezza* e l'*antichità* dell'ascesso sono pur sempre la preoccupazione di alcuni AA. che hanno fede, per gli altri casi, sul valore dell'emetina. La preoccupazione non ha ragione di persistere dal momento che l'esperienza ha dimostrato che il riassorbimento si verifica in ascessi vecchi e molto voluminosi con la sola terapia specifica. Si tratta di attendere qualche mese per vedere ritornare al volume primitivo il fegato malato, ma la lentezza del regresso è compensata ad usura dall'avere evitato un atto operativo, che può essere fatale. In alcuni dei miei malati (6°-7°-9°-10°) non ho atteso la riduzione del fegato nei limiti normali per dimetterli dalla clinica. Quando sintomi generali erano scomparsi, lo stato generale era divenuto florido, ho rimandato i pazienti a casa. Essi hanno potuto subito riprendere le occupazioni abituali, qualche volta anche faticose, ed hanno continuato la cura intermittente, si sono poi ripresentati in ottime condizioni e dopo qualche mese il fegato era ridotto nei limiti normali. Dopo l'inizio della cura e una degenza di qualche settimana, la terapia medica aveva potuto essere continuata *ambulatoriamente*.

Le *complicanze bacteriche* non rappresentano una assoluta controindicazione. Coloro che da molti anni usano la punzione evacuatrice e il lavaggio con emetina nella cura dell'ascesso epatico dissenterico, pensano che la presenza dei germi, che inquinino il contenuto ascessuale, è indicazione alla cura chirurgica, e controindicazione assoluta a persistere nella cura medica associata alla puntura evacuatrice.

Noi abbiamo già pubblicato un caso, che è il primo nella letteratura medica, di ascesso epatico amebico a contenuto bacterico (b. coli), guarito con la sola cura medica. Come giustamente osserva Françon, a proposito del nostro caso, l'osservazione richiede il controllo di nuovi fatti per essere accettata. Nella nostra esperienza successiva, in altri due casi il problema ha potuto essere favorevolmente risolto. Nel caso 5° la cultura del pus diede un b. coli, e nel caso 9°, con due punture di saggio fatte in giorni differenti, si potè isolare uno stafilococco albo, non fluidificante la gelatina. In entrambi i casi le qualità microscopiche del prodotto morboso non avevano subito modificazioni purulente, esso manteneva il carattere particolare di detrito cellulare. I due malati sono guariti con la cura specifica. Da tale esperienza resulta che la controindicazione alla cura chirurgica non è data dalla presenza del germe in sè, ma dall'apprezzamento esatto dell'importanza di esso; le qualità che offre all'esame microscopico il liquido estratto sono indice fedele e guida esatta: se il germe non mostra attività patogena, sì da trasformare le qualità del prodotto morboso, ma vive come un saprofita, la cura della malattia prima amebica è sufficiente a mettere il fegato nelle condizioni di sopraffare anche il germe coltivabile.

Sgomberato il campo da tutte queste riserve, che negli scritti dei moderni autori rappresentano le controindicazioni, resta a notare tutta la serie dei vantaggi che la terapia medica ha sulla terapia chirurgica.

I vantaggi della terapia specifica sono più importanti di quelli che ordinariamente sono rappresentati, dall'evitare cioè i pericoli ed il trauma dell'operazione. Non raramente l'ascesso del fe-

gato *non è unico*: contrariamente all'insegnamento della patologia, esso è spesso *multiplo* e la molteplicità, se può essere sospettata in linea generale, non può quasi mai essere clinicamente diagnosticata. Dopo l'intervento chirurgico, esattamente condotto, in casi particolari il malato continua a febbricitare, qualche volta nella cavità si vuota l'altro ascesso esistente, talora questo si estrinseca in altra sede, qualche volta porta a morte il paziente in cachessia o per perforazione. Con la terapia emetinica si ha il vantaggio di colpire il processo morboso anche se multiplo, come con la cura mercuriale o salvarsanica si ha ragione di una, come di molte gomme che tempestano il fegato.

Due volte ho veduto, qualche anno fa, ascessi epatici operati *recidivare*. In uno a distanza di parecchi mesi, in un caso, a distanza di un anno, si manifestò un nuovo ascesso epatico: i malati erano stati curati chirurgicamente. In essi è difficile poter distinguere: *a*) se il processo locale non era ancora esaurito quando la lesione chirurgica era già riparata; *b*) se un nuovo ascesso già preesistente si era tardivamente manifestato; *c*) se una nuova infezione per una dissenteria non guarita aveva, per i rami della porta, nuovamente colpito il fegato.

Tutte queste evenienze sono naturalmente possibili nei malati di dissenteria con ascesso epatico, curati chirurgicamente, senza tener di mira la malattia preesistente o perchè essa è larvata o perchè l'intestino non dà segni clinici della esistente amebiasi. Amebe vitali incluse nelle granulazioni possono restare e determinare una ricaduta della malattia locale; un piccolo ascesso iniziale, forse già in atto quando quello chirurgicamente curato era già avanzato, può rendersi manifesto dopo qualche mese dall'avvenuta guarigione chirurgica; restando il malato un portatore, in apparenza sano, di amebe, può una nuova infezione amebica colpire il fegato. La terapia emetinica è l'arma che, bene usata, può bastare a combattere tutte queste possibilità: essa ha ragione delle suppurazioni epatiche, siano esse uniche o multiple, poichè le forme vegetative dell'ameba, le uniche ritrovate finora nella parete dell'ascesso, periscono rapidamente; con cure successive ed intense si vince la dissenteria e si riesce d'ordinario a sterilizzare l'organismo: è noto, dalla epidemiologia di questi ultimi anni, che l'emetina introdotta e diffusa nella cura delle dissenterie, previene l'ascesso epatico; esso anzi per lo più insorge; come frequente complicanza, nelle dissenterie larvate, nei dissenterici non curati, o, come accidente clinico primitivo, nei malati che mai ebbero dissenteria e che clinicamente devono essere considerati come semplici portatori di amebe patogene.

Noi abbiamo adoperato sempre *la sola emetina* nei nostri malati: essa non ha mai fallito, sì che l'associazione di altri rimedi, da alcuni AA. stimata necessaria, come l'uso dell'arsenobenzolo, a noi non è sembrato necessario. Forse usando il cloridrato di emetina, prodotto puro e a dosi curative, difficilmente si avranno insuccessi. Ho nozione di altri tre casi curati in questi ultimi mesi negli ospedali di Roma, uno dal dott. Manin nel padiglione del prof. Carducci, uno dal dott. Sceftel presso il prof. De Fabi, uno dal prof. Arcangeli, nei quali la terapia medica col cloridrato di emetina ha dato i medesimi brillanti risultati.

Penso però che in casi particolari, nei quali una eccezionale intolleranza per il cloridrato di emetina si dovesse verificare, l'uso del novoarsenobenzolo, consigliato dal Ravaut, possa riuscire utile e necessario.

CONCLUSIONI.

1° I criteri clinici e gli elementi di laboratorio, utili per la diagnosi di natura (esistenza concomitante della dissenteria amebica, dimostrazione dell'amoeba hystolitica nelle feci di malati con dissenteria larvata, presenza dell'amoeba hystolitica nel pus estratto con la puntura esplorativa), possono mancare in casi di ascesso epatico, specialmente se l'ascesso insorge come malattia primitiva.

2° Il peculiare reperto microscopico del prodotto morboso (non vero pus, ma liquido albuminoso con detrito cellulare, scarse cellule degenerate, emazie, globuli di grasso, cristalli di acidi grassi) è secondo noi criterio sufficiente per stabilire l'origine amebica dell'ascesso.

3° L'ascesso amebico costituito guarisce con la cura medica specifica. L'uso del cloridrato di emetina, a dosi curative, somministrata per via intramuscolare, è sufficiente per arrestare subito il processo necrotico e per determinare il riassorbimento più o meno rapido del contenuto ascessuale.

4° È ugualmente indicata la sola cura medica, se il reperto microscopico caratteristico, tale si conserva, anche in presenza di germi coltivabili nel pus. I germi in tale caso non hanno valore patogeno, ma, come comuni saprofiti, sono rapidamente distrutti. È indicato invece l'intervento chirurgico, se i germi complicanti mostrano la capacità di trasformare il prodotto necrotico in pus vero.

5° Nè la gravità del malato, nè la grandezza dell'ascesso, nè l'età di esso, sono controindicazioni alla cura medica: con essa si cura l'eventuale coesistente dissenteria, eventuali ascessi multipli, contro i quali è insufficiente l'opera del chirurgo; si ha ragione dell'ascesso, anche se voluminoso, anche se inveterato.

6° L'ascesso epatico amebico deve d'ora innanzi essere considerato come una localizzazione epatica amebica e rientrare nel dominio della terapia medica, così come di pura competenza medica sono le localizzazioni epatiche della sifilide.

BIBLIOGRAFIA.

KRUSE u. PASQUALE. « Zeitschr. für. Hyg. und Infect. Krank. », 1894, vol. 16.
SCHAUDINN. « Arbeit. a. d. Kis. Gesundheitsamte », 1903, vol. 19.
ROGERS L. *Fevers in the Tropics*. Third, edit., 1919.
WEDDER. Trop. dis. Bull. », 1912, pag. 175.
CHAUFFARD. « Bull. ac. de méd. », 25 febbr. 1913.
FLANDIN et DUMAS. Soç. méd. des Hôp., 7 marzo 1913.
TUFFIER. « Presse méd. », 26 nov. 1913.
MENETRIER e BRODIN. Soc. méd. des Hôp., 12 luglio 1913.
DOPTER. Soc. méd. des Hôp., 4 apr. 1913.
ID. « Paris méd. », n. 10, 1916.
DARTIGUENAVE. « Thèse de Paris », 1914.
LIAN et LYON-CAEN. « Presse méd. », n. 56, 1916.
AUGÉ et BROCQ. « Presse méd. », n. 5, 1917.
GAGLIO. « Policlinico », Sez. Prat., 1919.
RAVAUT. *Syphylis Paludisme, Amibiase*. 1919.
KELSCH et KIENER. *Traité des maladies des pays chauds*. 1889.
ROLLESTON. *Diseases of the liver*. 1912.
FRANÇON. « Thèse de Paris », 1919 (con bibliografia completa fino al 1919).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI FAENZA.
Sezione Medica diretta dal prof. ALBERIGO TESTI, Medico Primario docente di Patologia e Clinica Medica a Bologna.

Contributo clinico alla conoscenza della linfosarcomatosi.

per il dott. COSTANTE ZOLI, assistente.

Per consiglio del mio illustre maestro prof. Alberico Testi, che sentitamente ringrazio, pubblico il presente caso di *linfosarcomatosi* che ho avuto occasione di osservare nella sezione medica dell'ospedale civile di Faenza.

Detta entità morbosa credo meritevole di qualche menzione, non tanto per la rarità eccezionale della malattia, quanto sospinto dalla considerazione che, appunto perchè rara, essa non ha potuto diventare oggetto di largo studio; e così ogni nuovo caso rappresenta sempre un nuovo campo di osservazioni e ricerche che, sebbene modeste, non saranno inevitabilmente sterili.

G... M..., fu Vincenzo, anni 54, colono da Faenza.

Entra nella sezione medica il pomeriggio del 3 agosto 1919.

Anamnesi. — Il padre è morto per carcinoma gastrico a 60 anni. La madre è morta a 64 anni per febbre tifoidea. Ha quattro fratelli e tre sorelle tutti viventi e sani. Il nostro paziente è il secondo-genito nato da parto fisiologico. Ha avuto allattamento materno. Non ha sofferto i comuni esantemi infantili e nè tampoco malattie durante l'adolescenza. Fu giudicato idoneo al servizio militare. A 22 anni ammalò di poli-artrite della quale malattia guarì perfettamente dopo breve degenza.

Prese moglie all'età di 30 anni. Dopo sette anni di matrimonio ebbe un figlio che morì a 25 mesi per enterite acuta. La moglie è tuttora vivente e sana e non ha mai avuto aborti.

Il nostro p. soffrì di foruncolosi nei primi anni di matrimonio. Non ha mai avuto tosse. Alvo e minzione sempre regolare. Modico bevitore e parco fumatore. Non ha mai contratto malattie veneree.

La presente malattia risale alla primavera del c. a. Cominciò con tumefazione glandulare della regione inguinale destra che andò sempre più aumentando finchè produsse edema spiccato a tutto l'arto inferiore destro. Poscia la tumefazione glandulare si estese in questi ultimi tempi alle regioni ascellari al collo e all'inguine di sinistra, in cotal guisa da impedirgli fortemente i movimenti degli arti tanto superiori che inferiori ed anche del collo.

Accusa affanno di respiro, tosse.

Esame obbiettivo del 4 agosto 1919. Uomo di costituzione scheletrica regolare, in buono stato di nutrizione. Colorito della cute e delle mucose visibili alquanto pallide, tranne che al viso ove domina un discreto grado di cianosi.

Respiro 44 al 1°, tipo misto.

Polso 90 al 1°, ritmico, piuttosto molle.

L'infermo ha tosse con escreato scarso, prevalentemente mucoso.

Esame dell'apparecchio ghiandolare linfatico. — La regione cervicale appare deformata da estese masse ghiandolari che costituiscono bilateralmente due enormi intumescenze del volume di un pugno, a superficie irregolare, bernoccoluta.

La pelle che le ricopre non è infiammata nè presenta cicatrici, aderisce però intimamente al sottostante tessuto e non può sollevarsi in pieghe.

Colla *palpazione* si apprezzano le caratteristiche delle ghiandole in questione. Esse sono dure di consistenza quasi lignea, assai poco dolenti, saldate assieme, immobili tanto che a destra si approfondano nella fossa sopraclavicolare contraendo intimi rapporti coi tessuti adiacenti in modo che riesce difficile una netta delimitazione. In conseguenza di queste tumefazioni i movimenti laterali del collo sono limitati specialmente a destra ove il muscolo sterno-cleido-mastoideo appare coinvolto nel processo infiltrativo.

Gli stessi caratteri sopranotati presentano le ghiandole della regione sottomascellare dimodochè la fisionomia del paziente è deformata.

Alle ascelle un pacco ghiandolare del volume di un ovo di gallina occupa la fossa di D. Nella fossa di S. la tumefazione è più cospicua e rende alquanto difficile e dolente l'adduzione completa dell'arto.

Regioni inguinali. — A sinistra si palpano 4-5 ghiandole parzialmente saldate assieme, fisse e adese al sottostante tessuto; altre se ne notano nel triangolo di Scarpa. L'inguine destro è sede di un tumore ghiandolare enorme, che oltrepassa

i limiti della regione per affondarsi nella fossa iliaca destra e nella regione del triangolo di Scarpa. L'arto destro subisce le conseguenze della compressione meccanica esercitata dal tumore sulla vena Safena. Esso è edematoso, molto ingrossato specialmente alla radice, limitatissimo e dolente nei suoi movimenti anche passivi.

L'esplorazione accurata degli altri territori ghiandolari accessibili alla palpazione è negativa.

Le gravissime condizioni dell'infermo non permettono una indagine radioscopica per accertare lo stato dei linfògangli interni (mediastino, addome, ecc.).

Apparato circolatorio. — All'*ispezione* della regione precordiale si rileva una scossa diffusa, ma non è visibile l'itto della punta. Colla *palpazione* il battito cardiaco si sente nel 5° spazio intercostale S. appena al difuori della emiclaveare. Non si palpano fremiti.

Limiti del cuore. — Margine destro, oltrepassa di circa un centimetro mezzo la marginale-sternale; margine sinistro lungo la linea emiclaveare; limite superiore 3° spazio intercostale sinistro. Fascio vascolare misura 7 cent.

Ascoltazione. — 1° tono lievemente soffiante alla punta; 2° tono netto e puro su tutti i focolai.

Apparato respiratorio. — Torace di conformazione regolare. Nell'inspirazione si espande come di norma. Fremito vocale tattile più marcato a destra. Suono plessimetrico chiaro su tutto l'ambito, lievemente smorzato alle due basi. Il respiro è vescicolare, alquanto aspro a D. ove è accompagnato da sibili e ronchi inspiratori ed espiratori udibili anche diffusamente al torace di sinistra.

Apparato digerente. — Lingua uniformemente patinosa. Addome globoso e teso a risonanza timpanica, indolente.

Fegato. — Margine superiore arriva al 5° spazio intercostale sulla linea emiclaveare. Il margine inferiore non è palpabile a causa della notata tensione delle pareti addominali.

Milza. — Non appare ingrandita nè alla palpazione nè alla percussione.

Apparato distanziato uropoietico e genitale. — I reni non sono accessibili alla palpazione. La regione vescicale, soprapubica è indolente alla palpazione. L'eliminazione delle urine avviene senza dolore e senza stento. Nulla di notevole ai testicoli-epididimi-scroto. La prostata all'esplorazone rettale si riscontra normale.

Esame urine del 4 agosto 1919. — P. S. 1028: Reazione acida - Colorito rosso carico - Quantità totale delle 24 ore: 850 c. c. - Albumina presente 0.40 ‰ - Zucchero assente - Indacano abbondante - Acetone assente - Pigmenti biliari assenti - Urobilina presente - Emoglobina assente.

Esame sedimento. — Leucociti, cellule epiteliali piatte, qualche cilindro granuloso.

Esame ematologico. — A fresco: globuli rossi un po' pallidi, con tendenza a disporsi regolarmente in pila; nessuna alterazione di forma, lieve grado di linfocitosi con prevalenza di elementi microcitici (diametro medio: 6-7 μ).

Colorazione vitale (o post mortale) col brillantcresyle blau.

Le emazie con sostanza granulo filamentosa non superano il 3-4 % circa. Se ne notano alcune anche con sostanza B. di Cesaris-Demel.

Colorazione combinata May, Grümvald-Giemsa Pappenheim. Globuli rossi tinti in rosa pallido, frequenti le forme a pessario (ipocitocromia centrale).

Formula leucocitaria.

Polinucleati neutrofili . . .	62 %
» eosinofili . . .	2 %
» basofili (Mastzellen)	1 %
Linfociti medi e piccoli . .	26 %
Mononucleati grandi	6 %
F. di p.	3 %

Conteggio.

Globuli R.	4.680.000
» B.	9.500
Emoglobina	75
Val. Globul.	0.81

Puntura della milza. — Striscio colorato col May-Grümvald-Giemsa: non si osserva alcuna particolarità degne di nota.

Puntura di una ghiandola cervicale. — L'ago esploratore attraversa un tessuto duro, scletoso, resistentissimo. L'aspirazione dà risultato negativo.

Introducendo un ago grosso a ugnatura molto accentuata e imprimendo dei movimenti rotatori si riesce ad ottenere un frammento di tessuto ghiandolare che esaminato istologicamente risulta costituito da abbondante tessuto connettivo reticolare entro alle cui maglie si trovano grossi elementi linfoidi-mononucleati rotondeggianti. Il nucleo è scarsamente colorato, il protoplasma che lo circonda talora è ampio talvolta è ridotto a un orlo sottile, sempre privo di granulazioni. Qua e là si incontrano cellule con nucleo in divisione mitotica.

Diario del 5 *agosto* 1919. — Il p. trovasi in condizioni peggiorate.

All'esame obbiettivo si riscontrano accentuati i fenomeni a carico del mediastino: dispnea intensa accompagnata da un rumore stertoroso, con inspirazione prolungata, tosse secca e stizzosa con sempre scarso escreato. Cianosi imponente del volto; inturgidimento delle vene del collo che appariscono inoltre pulsanti e il cui svuotamento è di molto ostacolato.

Affondando il dito alla fossetta del giugulo si avverte una forte pulsazione trasmessa dall'arco aortico.

A tutto ciò aggiungasi i dati della percussione che sopra la regione toracica anteriore fa chiaramente rilevare una zona di ottusità mediana che si estende a circa tre dita trasverse da tutte e due le linee marginali sternali.

I limiti esterni di questa ottusità non sono perfettamente definiti: tenuto poi anche conto delle condizioni gravi del p. non è possibile un esame molto prolungato e nè manco (come sopra ho detto) si può praticare una indagine radioscopica.

Diario del 6 *agosto* 1919. — Condizioni generali del p. piuttosto aggravate.

Nulla di nuovo è da aggiungere all'esame obbiettivo già descritto in data di ieri.

Diario del 7 *agosto* 1919. — Come purtroppo le molte volte avviene in simili casi la famiglia richiede di ritirare il malato dall'Ospedale. Nel pomeriggio di oggi viene perciò dimesso dalla Sezione e trasportato nella propria abitazione ove morì il giorno 10 agosto, circa alle ore 21 *in preda a fortissima dispnea-cianosi e edemi generali.*

Non fu perciò possibile praticare la necroscopia.

Riassumiamo ora brevemente le caratteristiche principali delle sindrome in discorso:

Una affezione iniziata e stabilitasi abbastanza rapidamente in un soggetto di 54 anni precedentemente sano, con manifestazioni a carico dell'apparato ghiandolare linfatico. Fino all'esordio infatti quello che ha dominato la scena è stata una iperplasia delle linfoghiandole inguinali D: È bene fermare l'attenzione su questo punto: La sede protopatica del processo all'inguine ove l'affezione è stata limitata per un po' di tempo senza dare al paziente dei disturbi gravi all'infuori di quelli che gli provenivano dall'ingrossamento crescente delle ghiandole della regione e dai disturbi circolatori dell'arto corrispondenti provocati dalla compressione.

Dalla sua sede primitiva il processo ha guadagnato terreno propagandosi ai linfogangli vicini, ma interessando anche i tessuti circum-ambienti (connettivo, pelle, ecc.) la di cui compartecipazione è stata dimostrata in diversi punti dell'esame obbiettivo.

In prosegno di tempo si sono manifestate le diffusioni ghiandolari a distanza con le conseguenze che sono state descritte, fino a tanto che una localizzazione ai gangli mediastinici ha determinato, o per meglio dire ha affrettato, l'esito letale.

Tutto questo senza alterazioni dimostrabili a carico del sangue periferico, a carico della milza, del fegato e di altri organi cavitarii.

Aggiungasi a ciò l'andamento maligno, invadente dell'affezione, la scarsezza della reazione febbrile, le particolarità anatomo-istologiche constatate nei tessuti colpiti mediante la biopsia e noi avremo sufficienti elementi per indirizzarci alla diagnosi di quella particolare forma linfoadeno-patica, conosciuta sotto il nome di *linfosarcomatosi*.

* * *

Nell'arduo lavoro di sistemazione delle organopatie ematopoietiche si è infatti ben differenziata questa affezione, un tempo così spesso confusa nel gruppo nebuloso delle *pseudo-leucemie*.

Gli studi di Kreiblik, Fabian, Weniberg, Sternberg, Domarus (per non citare che i principali) hanno particolarmente contribuito a far progredire le nostre conoscenze sull'argomento; ed oggi alla stregua delle osservazioni (del resto non molto numerose consegnate alla letteratura ematologica) siamo in grado di ricostruire il quadro sintomatico, non sempre uniforme e completo, con cui si estrinseca la forma morbosa. Sappiamo intanto che possono primitivamente ammalare gruppi diversi di gangli e noduli linfatici. Con notevole frequenza appaiono innanzi tutto colpiti i gangli cervicali, oppure gli ascellari; ma non mancano esempi in cui l'affezione è partita dai follicoli della base della lingua o da quella del palato molle o dal tessuto linfatico enterico o dai testicoli.

Altre volte il processo si localizza primariamente ai gangli peribronchiali mediastinici o del retro-peritoneo dando naturalmente una fisonomia clinica assai variabile da caso a caso. Comunque un fatto caratteristico egli è che la lesione primitiva, in qualsiasi sede si stabilisca, ha tendenza a rimanervi circoscritta per un tempo relativamente lungo, prima di invadere altri territori. E la propagazione, quando ha luogo (perchè talvolta il linfosarcoma può rimanere strettamente regionale senza avere nessuna tendenza a diffondersi) si effettua essenzialmente per due vie distinte: da un lato per vie linfatiche alle linfoglandule vicine; dall'altro esorbitando dal tessuto ghiandolare per invadere ed infiltrare organi e tessuti perilinfatici. Avvengono così fusioni ed adesioni non solo fra ghiandole e ghiandole, ma fra le ghiandole e i muscoli, il tessuto connettivale, il periostio, la pelle, ecc.

Le masse infiltrate che ne risultano hanno una consistenza generalmente dura, quasi lignea e solo in via eccezionale può verificarsi in esse ulcerazioni, necrobiosi e sfacelo.

Quali sono le lesioni anatomo-istologiche fondamentali che contradistinguono l'affezione?

Ciò che domina nelle ghiandole colpite è la proliferazione atipica di tessuto linfatico che invade gangli e noduli a guisa di infiltrazione neoplastica.

Il reticolo connettivale si sviluppa più o meno abbondantemente sempre però assumendo delle proporzioni notevoli; ed è la sua maggiore o minore abbondanza, con tendenza più o meno spiccata all'ispessimento fibroso che conferisce la maggiore o minore consistenza ai tumori ghiandolari. Entro il reticolo stanno gli elementi cellulari atipici sotto forma di grosse cellule rotonde con nucleo unico pallidamente colorato che predomina per la sua ampiezza sopra al protoplasma quasi sempre scarso e privo di granulazioni. Spesso è impossibile differenziare i cordoni midollari dai follicoli della capsula dai seni perchè alla atipia si accompagna eterotopia degli elementi sì da mascherare l'ordinaria struttura ed i normali rapporti fra le diverse parti del parenchima. Anche i tessuti perilinfatici quando compartecipano al processo, come quasi sempre accade, presentano la stessa infiltrazione neoplastica sopradescritta.

Queste le principali alterazioni che si svolgono a carico del sistema linfoadenoide e tessuti limitrofi nella affezione in discorso. All'infuori di ciò nessuna altra particolarità degna di nota.

La milza, il fegato, il midollo osseo rimangono

per tutta la durata della malattia pressocchè indifferenti e solo raramente è stato notato un leggero risentimento spleno-epatico.

Così pure nel sangue periferico non è dato rintracciare alcunchè di anormale, se si eccettua qualche piccola variazione numerica in più o in meno dei linfociti e un grado sempre assai moderato di anemia.

Anche la febbre è nella maggior parte dei casi assente tranne che negli ultimi periodi come fenomeno reattivo generale o dovuto a complicanze viscerali non legate al processo fondamentale. Quanto alle particolarità del decorso, nonchè all'esito più o meno affrettato, esse dipendono come si capisce dalla sede primitiva in cui la malattia si sviluppa e dalle localizzazioni successive. I linfosarcomi del mediastino per esempio, danno luogo a dei fenomeni clinici importantissimi e presentano una evoluzone assai rapida in rapporto ai fatti di compressione da essi provocati. Al contrario un linfosarcoma del collo o delle ascelle può rimanere a lungo senza procurare gravi disturbi al p. ed estendersi con lentezza od anche non estendersi mai.

È impossibile del resto prevedere l'andamento evolutivo di ogni caso singolo, come pure è spesso difficile stabilire se un data combinazione che noi consideriamo clinicamente primitiva sia proprio tale o non piuttosto secondaria ad un processo svoltosi nel silenzio assoluto a spese del tessuto linfatico di regioni non facilmente esplorabili.

La causa determinante di queste peculiari affezioni ci sfugge ancora completamente. Sembra che i giovani vi vadano più predisposti e con maggior frequenza gli individui di sesso maschile. Però non mancano esempi in cui la malattia ha colpito persone adulte ed anche abbastanza avanzate in età, come nel caso da me ora descritto. Nell'assenza assoluta di dati etiologici è necessario pertanto limitarsi a riguardare la *linfosarcomatosi* come un processo neoplastico maligno che attacca specificamente il tessuto linfatico con tendenza a varcare i confini e propagarsi ai tessuti contigui.

Le modalità con cui questa diffusione e propagazione avviene, furono già da me prese in esame. Non resta che accennare brevemente (giunto al termine di questa rassegna sintomatologica) ad alcuni criteri utilizzabili nella pratica per la diagnosi differenziale.

Le malattie che potrebbero venire equivocate con la linfosarcomatosi sono poche. Bisogna intanto separare nettamente la linfosarcomatosi dai veri e propri *sarcomi* e *carcinomi* delle ghiandole linfatiche.

A parte le differenze strutturali che con un accurato esame istologico è sempre possibile stabilire (se si eccettua il sarcoma a cellule rotonde che anche istologicamente può dar luogo a confusione); a parte la circostanza che i sarcomi veri e specialmente i carcinomi delle linfoghiandole sono il più delle volte secondari a tumori di altri organi o tessuti; parleranno in favore di una formazione blastomatosa le metastasi nodulari viscerali che sono sempre assenti dai linfosarcomi; la consistenza molle, quasi pastosa del sarcoma, dovuta a scarsezza di sviluppo del reticolo ed alla prevalenza degli elementi cellulari in contrapposto di quanto si verifica nei linfosarcomi che si presentano invece *duri, lignei*, per l'abbondanza del tessuto reticolare sclerotico; infine la facile tendenza alla ulcerazione e allo sfacelo che hanno i tumori veri linfoghiandolari, mentre i linfosarcomi raramente vanno incontro a degenerazione necrobiotica.

Un'altra forma morbosa che potrebbe entrare in discussione è la *linfogranulomatosi* per alcuni caratteri che essa presenta in comune con la malattia che ci occupa.

Ma la linfogranulomatosi e i processi analoghi del *tipo di Hodgkin*, ha un decorso più lento, ha un reperto ematologico meglio definito (anemia spiccata, linfocitosi, almeno nel primo suo stadio); si accompagna costantemente a tumore splenico, a degenerazione amiloide dei reni, a febbre quasi elevata, con contrassegni istologici che corrispondono a quelli dei tumori di granulazione; inoltre l'eziologia delle manifestazioni linfo — e paralinfo — granulomatosi sembra in un gran numero di casi accertata, e senza entrare qui in merito al lungo dibattito circa la natura tubercolare (Sternberg) tossi e para-tubercolare (Paltauf, Sternberg, Muck) sifilitica (White), leprosa (Jaksck) dell'affezione, è lecito almeno oggi concludere per l'origine probabilmente infettiva dei linfogranulomi, i quali anche da questo punto di vista si distinguono da linfosarcomi.

Da ultimo due parole circa la diagnosi differenziale della *leucosarcomatosi*. Affezione questa che lo Sternberg, come è noto, credette di elevare ad entità morbosa distinta, ma che la maggioranza degli autori considera semplicemente come *una varietà di leucemia acuta a grosse cellule*.

Comunque essa sia (e non è qui il luogo di sollevare la questione) la sindrome che va sotto il nome di *leucosarcomatosi*, rassomiglia sotto molti aspetti alla *linfosarcomatosi*, per il modo di insorgenza, per la sua localizzazione e sede; per le particolarità istologiche (proliferazione eteroplastica, linfatica e perilinfatica): se ne distingue tuttavia per la compartecipazione al processo del fegato, milza, midollo osseo, reni; ma sopratutto per il referto ematologico che dimostra nel

sangue periferico la presenza di grandi elementi atipici, mononucleati, linfocitoidi, del tutto analoghi a quelli che infiltrano il tessuto linfatico, mentre nella linfosarcomatosi questi elementi non passano mai nel torrente circolatorio.

***

Ritornando alla linfosarcomatosi, da cui ha preso le mosse questa mia breve nota, essa racchiude in sè, come si è visto, gli elementi essenziali bastevoli per formare la diagnosi clinica della affezione; ed è perciò che io mi sono deciso alla pubblicazione, anche se non corredata dal reperto anatomo-patologico (*che peraltro nulla avrebbe aggiunto ai dati irrefutabili già forniti dalla biopsia*), nella convinzione di portare un contributo, sia pure modesto, alla conoscenza di questa particolare e rara affezione, non sempre facile a distinguersi fra la complessa e multiforme sindrome della casistica ematologica.

Sento il dovere di esprimere la mia gratitudine al prof. Italo Civalleri — primario medico aggiunto della sezione — il quale mi è stato sempre generoso di preziosi consigli e di aiuti durante la pubblicazione di questa breve nota.

OPERE CONSULTATE.

A. TESTI. *Sulla malattia di Hodgkin*, 1885.
« Folia haematologica », annata 1908 al 1914.
FERRATA A. *Le emopatie*. Società editrice libraria Milano.
W. TÜRK. *Vorlesungen über Klinische Haematologie*. 1917, Braumüller, Leipzig, Wien.
« La clinica medica italiana », annata 1911 al 1915.
« Riforma medica », annata 1912 al 1918.
« Gazzetta ospedali », annata 1910 al 1915.
« Presse médical », annata 1904 al 1916.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Diagnosi dell'ulcera gastro-duodenale.

(ANTHONY BAISLER, *N. Y. Medical Journl*, 3 maggio 1919).

La diagnosi dell'ulcera dello stomaco e del duodeno è ad un tempo uno dei più facili e dei più difficili problemi da risolvere; e, per quanto possa sembrare un paradosso, essa è posta troppo spesso, e non sufficientemente spesso. I più importanti punti da considerare in merito sono i seguenti :

Anamnesi. — La sindrome classica dell'ulcera duodenale come è stata formulata da Magniham è affatto esatta. Tuttavia il caratteristico *dolore* delle 3 o 4 ore dopo il pasto, che migliora con l'introduzione di nuovo cibo o di alcalini, e la storia di remissioni, può esser dovuta a ulcera dell'estremo pilorico dello stomaco. Il dolore, descritto come urente, lacerante, lancinante, ottuso, localizzato generalmente all'epigastro o al bordo costale sinistro, con irradiazioni posteriormente, ha rapporti coi cibi (quantità e qualità) e può insorgere subito dopo la loro introduzione e a qualche tempo da questa. Ma gli stessi rapporti possono essere presentati dal dolore di alcune affezioni della colecisti o di uno stato accentuato d'iperacidità gastrica, o anche da appendicite cronica in cui vi può essere un pilorospasmo riflesso.

Venendo all'*emorragia*, può dirsi che essa è classica nell'ulcera duodenale quando vi sia melena senza vomito, associato alla sindrome ulcerosa in atto o precedente. Ma una netta ematemesi è frequentemente dovuta non a ulcera gastrica, ma più spesso a cirrosi del fegato, a cancro, ad affezioni spleniche o appendicolari, ecc. È sorprendente come, in presenza di vomito sanguigno, si pensi subito all'ulcera, mentre è l'ultima cosa da prendere in considerazione. E in proposito, va ricordato anche quante diagnosi di ulcera sono poste in base al reperto di sangue fresco nei pasti di prova: per essere signicativo il sangue deve essere invece più o meno digerito, dimostrando così di esser rimasto nello stomaco per alquanto tempo. Ancora, il sangue nell'ulcera è sempre arterioso, non mai venoso, di solito intermittente e le migliori prove per esso non sono quelle troppo sensibili.

Il *vomito* che si ammette presente nel 79 % delle ulceri gastriche, manca nelle duodenali. Nelle gastriche è significante quando è preceduto da dolore, che cessa dopo il vomito stesso. Questo, nelle forme recenti, consta di cibo poco digerito; nelle forme di media cronicità non differisce dal normale, a meno che non esista una

stenosi pilorica, nel qual caso può essere abbondante, di colore grigio, fortemente acido, contenente idrogeno solforato. Un tale contenuto gastrico, ovvero il pasto di prova estratto, posto in tubi a fermentazione mostreranno lo sviluppo di una quantità di gas maggiore del normale: e in tal caso nel gas dovrà esser ricercato l'ammonio che, se aumentato, ha significato sia per la diagnosi dell'ulcera sia per la neoformazione maligna.

La dolenzia della zona spinale posteriore indicata da Boas è rara e non caratteristica, trovandosi in molti individui neurotici e in molte lesioni della cistifellea.

Meno ancora può dirsi riguardo ai *sintomi generali*. Accanto a un paziente che presenti anemia, debolezza, perdita di peso, un altro sarà robustissimo. Del resto quei tre sintomi, insieme a pirosi, eruttazioni, ecc. possono trovarsi in qualunque disturbo gastrico. Lo stomaco è uno degli organi più ciarlieri e lo è più spesso quando la lesione ha sede fuori di esso: e ciò perchè quei sintomi sono in dipendenza del plesso simpatico, che avvolge la faccia posteriore del viscere, mentre a questo sono riferiti. È questa la ragione perchè uno specialista dello stomaco deve essere anzitutto un buon internista. Senza dubbio il nervosismo, la costipazione, una lieve nausea, forse un leggero grado di temperatura, ecc. possono trovarsi nell'ulcera, ma non più spesso che in altre affezioni.

Venendo ai *sintomi obiettivi* è stata già segnalata la dolenzia all'epigastro e al dorso. Se essa è nettamente localizzata vicino alla linea mediana fa pensare a un'ulcera del piloro; mentre nell'ulcera duodenale essa è presente solo in un terzo dei casi, alla pressione profonda della regione duodenale e raramente è intensa. Anche delle affezioni della cistifellea danno dolenzia in questa sede, ma ad una pressione diretta più verso l'alto che verso il basso.

Nelle ulceri della parete anteriore, della piccola curvatura e del duodeno può dare grande aiuto un *esame radiologico* fatto da un buon specialista: ma la maggior parte delle ulceri sono della parete posteriore e in queste si hanno comunemente errori di omissione o reperti negativi. Il reperto radiologico più preciso è la « nicchia » ulcerosa, che trattiene il bario o il bismuto, dopo che lo stomaco si è vuotato (a questo proposito risponde meglio l'uso del bismuto che quello del bario). Da osservazioni in serie la persistenza di una incisura nella piccola curvatura con una corrispondente nella grande curvatura è spesso suggestiva, ma non sempre conclusiva. Il tipo perforativo di ulcera gastrica in cui la sostanza di contrasto è vista oltre la linea della piccola curvatura è il reperto più sicuro, specialmente quando si ottiene in una serie di lastre o con la sovrapposizione di gas. L'A. ha creduto di scartare il mezzo più indiretto di diagnosi radiologica dell'ulcera, cioè la sensibilità alla pressione strettamente localizzata e l'ipermobilità nell'ulcera duodenale. Un certo valore ha la ritensione di 6 ore nella stenosi pilorica o nella stenosi della prima e della seconda parte del duodeno e nel pilorospasmo definitivo, il quale peraltro, secondo l'esperienza dell'A. dipende più spesso da una lesione di un'altra parte dell'addome, che non dello stomaco e del duodeno. Concludendo, la indagine radiologica dell'ulcera gastroduodenale è uno dei mezzi più utili a nostra disposizione, ma anche di quelli che più possono trarre in errore: e ciò in base a una serie di fattori: la tecnica, la lunghezza dell'osservazione, il coefficiente personale dell'operatore, ecc.

Il fattore meno importante nell'argomento che ci interessa è dato dall'esame del *pasto di prova*. Nel tipo acuto, con inizio subitaneo del dolore, vomito ed ematemesi questo esame non interessa affatto. Ma la maggior parte delle ulceri non sono acute e qui dovrebbe intervenire il pasto di prova. Se fatto da persona pratica ed escludendo la fase postemorragica, la sua estrazione non è pericolosa: deve esser preferito però il metodo dell'aspirazione a quello della pressione. Il reperto più importante è il sangue e poi una alta acidità: ma questi due fattori non sono conclusivi. La ritensione di elementi del cibo per 5 o 6 ore è un reperto suggestivo dell'ostruzione al piloro o non lungi da questo. Nell'ulcera duodenale, in cui si ha ipermobilità, si può avere un ricupero minore delle norme, cioè col pasto di Ewald, p. es., inferiore ai 90 cmc. L'esame frazionato del pasto di prova può avere un valore maggiore, ma anche qui può, con nuove caratteristiche, mancare l'ulcera. Il deprezzamento del valore del pasto di prova è dovuto a molti casi di ulcera che presentavano secrezione normale, bassa o assente, all'interferenza di molti fattori come gastrite cronica, cause riflesse, ecc. e al fatto che lo stomco è un organo che non funziona sempre nello stesso modo.

Per riassumere questa parte dell'argomento possiamo dire che la massima importanza spetta all'anamnesi; e vengono poi in valore decrescente, l'esame radiologico, i reperti fisici e da ultimo gli esami di laboratorio.

* * *

Veniamo ora al soggetto della *perforazione*; la quale, insieme con la emorragia, costituisce la complicazione più seria dell'ulcera.

Circa il 5 % delle ulceri si perforano; più frequentemente nell'uomo, secondo l'A.

Clinicamente si hanno tre tipi: nell'ulcera acuta, nell'ulcera cronica, è il tipo fulminante in ulceri a base essenzialmente necrotica e che si ha specialmente negli alcoolisti.

4 su 5 perforazioni sono uniche. Riguardo alla sede l'A. ha visto la seguente serie di frequenza: parete anteriore, piccola curvatura, parete posteriore; e, corrispondentemente, l'apertura avviene nella grande cavità peritoneale, nella retrocavità degli epiploon, nei tessuti cellulari retrocolici e pararenali. Più raramente la rottura si fa attraverso il diaframma e il pericardio provocando, secondo i casi, pneumopericardite, pneumotorace, piopneumotorace o invasione del mediastino. Altre volte sono invasi lo spazio subfrenico, la sostanza epatica o pancreatica, la vena porta, la cistifellea e i dotti, gli intestini o il bacinetto renale. Ma la rottura più frequente avviene nella cavità peritoneale.

L'insorgenza dei sintomi però può essere acuta, subacuta o cronica.

I casi acuti sono di facile diagnosi, sebbene manchi un sintomo patognomonico. L'inizio subitaneo del dolore, spontaneo e alla più lieve pressione e per respirazioni profonde; lo stato dell'addome, immobile, prima piano poi disteso; la scomparsa in un quarto dei casi, la diminuzione nella metà dei casi, dell'ottusità epatica (segno tardivo); l'eventuale presenza di gorgoglio; il rapido stabilirsi del collasso; lo stato della *facies;* le alterazioni della temperatura che può essere assai elevata o subnormale: ne sono i segni più comuni. Il quadro si accentua, con *facies hippocratica,* polso galoppante, piccolo, respiro di Chayne Stokes verso la fine dell'attacco, ove non si sia provveduto alla cura.

Nella forma subacuta l'inizio è meno spiccato. Contribuiscono alla diagnosi: la storia clinica di ulcera, le modificazioni del polso, la netta intensificazione del dolore, un innalzamento della temperatura e lo stabilirsi della leucocitosi. Quest'ultima, con conta dei globuli assai frequente se è necessario, può risolvere il problema nei casi dubbi. Nelle ulceri duodenali che si perforano posteriormente è sorprendente che non solo la perforazione, ma l'ulcera stessa guariscono spontaneamente. Tuttavia è consigliabile di operare tutti i casi di perforazione, siano essi acuti, subacuti o cronici.

Nei casi cronici possono non esservi altri sintomi che quelli dell'ulcera ovvero essere così vaghi da rendere impossibile la diagnosi. Di regola, questi pazienti guariscono abbastanza per lasciare il letto, ma continuando a lagnarsi, richiedono esami ulteriori, durante i quali i raggi Roentgen e il chirurgo fanno la diagnosi.

* * *

Nella *diagnosi differenziale* vanno tenuti presenti i seguenti stati: disturbi gastrici acuti da errori dietetici (la così detta gastralgia), il cancro, l'ipersecrezione, la gastrite emorragica, il pilorospasmo, l'appendicite, la gravidanza con iperemesi, l'uremia, le affezioni della cistifellea, i calcoli biliari, l'ernia epigastrica, l'arteriosclerosi), affezioni del midollo spinale, ecc. Con un esame completo e col processo di eliminazione il pratico non avrà difficoltà a risolvere il dubbio diagnostico.

Importante è la diagnosi degli stati postulcerosi. Fortunatamente la chirurgia ha eliminato molti di questi, ma ne esistono ancora e debbono essere inclusi in questo capitolo.

Perigastriti. — Sebbene la maggior parte siano dovute ad altre cause, l'ulcera può provocare la formazione di aderenze perigastriche, attraverso a lesioni infiammatorie del peritoneo, che poi si organizzano. Queste aderenze risiedono per lo più nella regione pilorica e nella piccola curvatura e si attaccano al pancreas, il più spesso, poi al fegato, o ad ambedue o ad altri organi addominali. I sintomi variano secondo l'estensione, il grado e la sede dell'aderenza. Nei primi stadi dell'ulcera possono esservi dei segni (disturbi, doloir ottusi, febbre) che fanno pensare a una partecipazione del peritoneo: ma di regola prima, sotto il trattamento, scompaiono i sintomi dell'ulcera e dopo un certo periodo di quiete insorgono nuovi fatti, caratterizzati dalla cronicità e dalla resistenza al trattamento: miti esacerbazioni dei dolori gastrici, irradiantisi, e che possono insorgere o accentuarsi per dati movimenti del corpo, o quando lo stomaco è pieno; una lieve elevazione di temperatura (dovuta a congestione delle aderenze o a lievi disturbi secondari); eventualmente una stasi gastrica, quando è interessato il piloro.

Se le aderenze coinvolgono la cistifellea, può intervenire l'ittero, con tendenza alla cronicità; ciò che fa pensare a una lesione maligna della colecisti. Se interessano il pancreas, può insorgere confusione con pancreatiti croniche : non si sono qui mai osservate delle fibre muscolari indigeste nelle feci e glucosio nelle urine; è notevole un dolore del dorso persistente ed accentuato. Le aderenze possono anche investire l'intestino e provocare delle ostruzioni meccaniche croniche o semplicemente contrazione.

Il miglior mezzo di diagnosi negli stati postulcerosi, e in genere nelle aderenze perigastriche, è la radiografia, e poi, come sempre, la chirurgia.

Delle cicatrici che provocano una ostruzione pilorica sono facilmente diagnosticabili: vi sia o no la storia di ulcera sono probativi i raggi X

e il ristagno del pasto di prova, oltre le 6 ore. Manca il vomito totale, solo si hanno i sintomi di una indigestione assai fastidiosa. Lo stomaco alla percussione appare più grande della norma. e può esser palpabile un indurimento del piloro.

La contrazione a clepsidra è al meglio diagnosticata dai raggi, escludendo i tipi di spasmo: ma non esistono dei segni speciali per le clepsidre dipendenti da altre cause che dall'ulcera.

Un eccesso persistente di secrezione può esser preso per uno stato postulceroso, ma è sempre dovuto a un impedimento meccanico del passaggio del cibo. Perciò un ristagno gastrico è al meglio diagnosticato dai pasti di prova misti, o dalla radioscopia. Questa può fallire in pochi casi, e allora può intervenire una incisione esplorativa, la quale, se non rivela una lesione a carico dello stomaco, ne troverà quasi sempre nella cistifellea, nell'appendice, nel colon, nella pelvi muliebre.

L'erosione vasale è un vero postumo. Se una cicatrice è larga può avvenire una corrosione dei margini o una autodigestione delle parti centrali. I segni importanti qui sono: la storia di ulcere, delle piccole emorragie, delle alterazioni nella secrezione gastrica, l'irritabilità gastrica e l'intolleranza ai cibi, i sintomi di indigestione e un maggiore o minore decadimento generale.

Da ultimo è da considerare la degenerazione carcinomatosa. Qui entriamo nel controverso campo dell'etiologia e della frequenza. La clinica Mayo afferma di aver dimostrato i punti di transizione fra ulcera e cancro Orshoff sostiene che il cancro origina sempre come tale, e che le ulceri-cancro non erano originariamente vere ulceri, ma cancri in cui per necrosi e digestione si era formata un'ulcera. Sec. l'A. circa il 5 % di tutti i casi di ulcera divengono cancerosi. Egli non crede che Mc Carthy abbia provato il legame etiologico; e che Orshoff abbia completamente ragione, poichè ha visto dei casi, per quanto pochi, pure indiscutibili, in cui il carcinoma si era sviluppato da un'ulcera.

Ciò che è importante è notare che l'ulcera che può dar luogo all'epitelioma è quella che non è guarita in modo normale. Le osservazioni di autopsia inducono l'A. a credere che il cancro è inoltre più facile a svilupparsi quando vi è stata una perforazione cronica interna a cui si sono formate delle barriere, il carcinoma sviluppandosi intorno all'insenatura.

SEBASTIANI.

Pubblicheremo prossimamente:

E. PODESTÀ: *Contributo allo studio dall'auditismo e del sordomutismo di guerra.*

Diagnosi e trattamento dell'ulcera gastrica cronica.

(BERKELEY MOYNIHAN, *British med. Journ.*, 13 dec. 1919).

Nonostante la copiosa letteratura accumulata su questo argomento, l'A. crede che, alla luce dei moderni metodi di ricerca, non poco vi sia da rimaneggiare: tanto più che nei libri di testo la questione è trattata da un punto di vista troppo impersonale, offrendo delle nozioni che si tramandano, per così dire, per eredità.

Lo stomaco si differenzia al secondo mese, per la comparsa del piloro, come una parte dell'intestino anteriore, il quale ultimo a sua volta è limitato in basso dalla papilla di Vater. A sviluppo completo è facile distinguere lo stomaco dal duodeno, sia con la palpazione del muscolo e della valvola pilorica, sia per una sottile linea bianca (maggiormente visibile sollevando in alto la regione sulle dita) e più ancora per la vena plorica, che, attraverso le sue varietà (semplice o doppia, grossa o sottile), può considerarsi costante (l'A. l'ha trovata in almeno il 90 % dei casi) e segna il confine tra i due organi. Un'ulcera che risieda a monte di questa vena è un'ulcera gastrica; un'ulcera che si trovi distalmente ad essa è un'ulcera duodenale.

La distinzione fra l'una e l'altra non è accademica: i sintomi hanno una sufficiente disuguaglianza; le complicazioni e i postumi sono assai differenti, sia per la perforazione ed emorragia, sia per lo sviluppo di un cancro, frequente nell'ulcera gastrica, eccezionale nell'ulcera del duodeno. L'ulcera gastrica è malattia relativamente rara, di difficile diagnosi in base ai soli fatti clinici, facilmente mentita da altre affezioni. Queste ultime affermazioni contrastano con le vedute comuni; ma l'A. in base a una lunga esperienza è convinto che una descrizione completa, chiara e fedele dei sintomi dell'ulcera gastrica è raramente data, sia dai libri di testo sia dalle sterie cliniche; e che l'affezioni comunemente descritte come « ulcera gastrica » si riferiscono nella grande maggioranza dei casi ad altre malattie.

Quali dunque i sintomi dell'ulcera gastrica e come può esserne fatta la diagnosi?

Essa è due volte più frequente nel sesso maschile. Il sintomo capitale, che va studiato in tutte le sue particolarità, è il *dolore*. Il principale carattere di questo è la regolarità: quasi sempre vi sono dei periodi di interruzione, ma, quando è presente esso compare e scompare regolarmente. Non insorge oggi dopo la colazione, domani dopo il pranzo, non è presente un giorno e l'altro manca: ma compare dopo ogni pasto, a un'intervallo quasi costante. Di regola quanto

più presto compare dopo l'introduzione del cibo, tanto più l'ulcera è vicina all'esofago, così un dolore ad un'ora, un'ora e mezza dal pasto parla per un'ulcera prepilorica, un dolore a 2-3-4 ore dal pasto per un'ulcera duodenale. Il quadro può essere modificato da complicazioni, perforazione subacuta, stenosi, aderenze.

La scomparsa del dolore avviene di solito nell'ulcera gastrica dopo un'ora o anche meno: di regola non esiste più al momento del pasto successivo. Invece il dolore dell'ulcera duodenale, che compare più tardi, generalmente persiste fino a che non è preso un nuovo pasto. Il carattere del cibo influisce assai sul dolore: se generoso e pesante, produce un dolore intenso e la comparsa precoce nell'ulcera gastrica, ritarda la comparsa nell'ulcera duodenale; se scarso e di facile digestione, produce minor dolore, tanto che una dieta blanda in piccole quantità a brevi intervalli diminuisce le probabilità di comparsa del dolore e può anche portarne la completa scomparsa. Quest'ultimo fatto subisce eccezione nel caso di ulcera vicino al cardias.

Il dolore è descritto in vario modo, urente, lacerante, comprimente: vi può essere un senso di acidità e desiderio di cibo o di caldo. Nella maggioranza dei casi è riferito al lato sinistro, o alto nell'epigastro; talora il paziente si lagna di dolore forte al dorso, e spesso ciò si ebbe in quei casi in cui l'operazione dimostrò un'ulcera della piccola curvatura, con perforzione subacuta nel pancreas, ed eventualmente pancreatite acuta.

La sede dell'ulcera, la mancanza di aderenze alle parti vicine, le sue dimensioni hanno influenza sul tipo del dolore, sui periodi di latenza, sul momento di inizio dopo il pasto. In ulceri piccole, poste nella piccola curvatura o nella superficie posteriore, i sintomi durano meno, ma recidivano con maggior facilità; come dimostra la radiografia esse sono spesso accompagnate da spasmo locale intenso, cui è da attribuire le sensazioni di distensione, di peso, di pressione, frequente in questi tipi. In un'ulcera grossa, approfondantesi nel fegato o nel pancreas, o fissata da larghe, salde aderenze, sono meno nette le intermissioni così caratteristiche dei primi stadî della malattia. Si potrà perciò pensare a simili condizioni quando apprendiamo dalla storia che i periodi di calma del dolore si sono andati sempre abbreviando, fino a scomparire del tutto: se sopraggiunge dimagramento e anemia, possiamo sospettare l'insorgenza di un tumore.

Il dolore è calmato non solo dall'introduzione di cibo, ma anche da alcali, dal vomito, talvolta da lavande gastriche. Il fatto che il pasto calma il dolore spiega come alcuni di questi pazienti aumentino di peso: essi imparano che l'assunzione di tre pasti pesanti è loro dannosa e si abituano a pasti leggeri frequenti, col quale mezzo introducono più cibo che normalmente.

Non è mai sufficiente insistere sull'importanza di precisare queste varie modificazioni dell'unico sintomo dolore. La costanza della successione — pasto, benessere, dolore; pasto, benessere dolore — è il più importante dei fatti clinici riguardanti la diagnosi dell'ulcera gastrica.

Dopo il dolore il sintomo più importante per la frequenza è il *vomito*: fatto peraltro non cospicuo in tutte le forme di ulcera gastrica o duodenale, a meno che, per la cicatrice di questa, non sia risultata una ostruzione. E anche in presenza di quest'ultima, constatata all'operazione, non è raro trovare il vomito assente. Sul principio esso si produce per così dire automaticamente, per liberare lo stomaco dal senso di pienezza e di peso; ma, rapidamente il paziente impara la quantità di cibo che il suo stomaco può sopportare: e, nella storia, dimentica quel particolare iniziale. Quando nell'anamnesi si trova vomito frequente e immediato, subito dopo l'introduzione del cibo, l'ipotesi dell'ulcera va abbandonata: in questa il vomito non è frequente ed appare ad un certo tempo dal pasto; il quale dapprima provoca sollievo.

Anche l'*ematemesi* è assai meno frequente di quanto si crede: in meno del 25% dei casi dell'A. e non tutti indubbi. È grande errore credere che l'espulsione di sangue dallo stomaco, o allo stato fresco o a vomito vero, significhi senz'altro ulcera gastrica: l'A. ha visto così spesso l'ematemesi in altre affezioni, come anemia splenica, cirrosi epatica, appendicite, ecc. che di fronte ad essa egli è più indotto a pensare anzitutto ad altre cause che non all'ulcera. D'altra parte a questo proposito si fa una considerevole confusione di termini: in casi in cui si è avuta una copiosa ematemesi si ritrova nello stomaco (al tavolo anatomico o a quello chirurgico) una serie di piccole ulcerazioni, le quali sono chiamate ulceri acute. Orbene, queste, che si riscontrano appunto nella cirrosi, nell'appendicite, ecc., e che non si rivelano con altri sintomi, all'infuori del vomito sanguigno d'un tratto, sono ben differenti dall'ulcera cronica, entità clinica ben distinta e che ha un lungo decorso. Se poi fra l'una e le altre esiste qualche rapporto, se, come vuole Bolton, la seconda sia la conseguenza delle prime, non è possibile per ora accertare.

Tali, in breve, i sintomi dell'ulcera gastrica cronica. Ma noi abbiamo a disposizione per essa altri metodi di indagine, primo fra i quali l'*esplorazione radiografica*: per la quale la possibilità di porre una diagnosi accurata di ulcera gastrica è stata notevolmente accresciuta. Essa da sola dà risultati più sicuri che tutti gli altri metodi

presi insieme: una diagnosi di natura, di dimensioni, di sede fu potuta dimostrare esatta dalla successiva operazione in circa il 90 % dei casi.

Il metodo d'esame è il seguente: dopo poche ore di digiuno, quando si presume che lo stomaco sia vuoto, si somministra un pasto di bismuto o di bario, di leggera consistenza, e 6 ore dopo si fa il primo esame. Dopo questo tempo, uno stomaco normale deve aver vuotato la scarsa quantità di cibo opaco che ha ingerito; se si vede un residuo ciò indica una azione difettosa. Si dà allora un secondo pasto eguale al primo, e l'esame viene fatto subito. I segni radiografici di ulcera gastrica sono:

1° *Diretti*: La cavità stessa dell'ulcera è messa in evidenza: sia essa penetrante nella parete, sia erodente del fegato o del pancreas, sia perforante addirittura (perforazione subacuta) con aderenze, il cratere ne appare ripieno della sostanza opaca. Se vicino alla piccola curvatura, è visibile in posizione anteroposteriore o semilaterale. Se sulla superficie posteriore, la migliore immagine se ne ha quando lo stomaco si sta vuotando;

2° *Indiretti*: Nella grande maggioranza dei casi, vicino al punto dove sta l'ulcera si ha una contrazione assai notevole delle fibre muscolari circolari dello stomaco: sicchè ne risulta una incisura nella grande curvatura, di vario grado ed estensione, ma spesso tale da apparire come una bisezione del viscere. Lo spasmo per lo più rimane inalterato, anche colla palpazione, col massaggio, con larghe somministrazioni di belladonna; scompare invece con l'anestesia generale, e perciò non è visibile all'operazione. Una incisura simile può ripetersi anche da cause estrinseche anche lontane, di cui le più frequenti sono ulcera duodenale, colecistite con e senza calcoli e appendicite cronica: ma in questi casi lo spasmo è variabile di posizione e durata, è modificato dal massaggio e compressione, cede quasi sempre all'atropina, e, infine, è incostante.

Dell'*esame chimico del contenuto gastrico* l'A. non può parlare con entusiasmo. Dopo una esperienza di parecchi anni, egli non può dire che se ne possa ottenere una maggiore accuratezza di diagnosi. L'ipercloridria si trova in moltissime altre affezioni; e, d'altra parte, in più del 40 % dei casi di ulcera non v'è ipercloridria, anzi in un piccolo numero (10-20 %) vi è riduzione nell'acidità gastrica.

L'*esame fisico*, a meno che non vi sia ostruzione, dà pochissimo. È citata una dolorabilità dell'epigastrio in quasi tutti i pazienti, in cui, dopo, si trovò un'ulcera. Nelle ulceri della piccola curvatura l'A. ha talvolta trovato una grande dolorabilità in alto a sinistra, lungo il margine costale, e che diviene più acuta nelle respirazioni profonde: sensibilità a sinistra analoga a quella che a destra costituisce il « segno di Murphy ». I sintomi dell'ostruzione pilorica e dello stomaco a clessidra sono senza dubbio ben noti.

Se in tutti i casi comunemente riferiti come ulcera gastrica si tenessero presenti tutti i mezzi d'indagine, si troverebbe che spesso la diagnosi è errata, e che è falso il concetto che si tratti di una malatita comune. Per parecchi anni l'A. ha trovato che, contro una ulcera gastrica inviata al tavolo operatorio, vi sono 4 o 5 ulceri duodenali e 5 o 6 colelitiasi. Errori diagnostici sono qui più frequenti che in qualsiasi altra lesione addominale.

Ancora, si è riconosciuto oggi, alla luce dei reperti radioscopici e chimici, e sotto il controllo operatorio, che molte malattie in rapporto con i visceri addominali, e che hanno una storia di dispepsia, vennero interpretati come ulceri dello stomaco. È notevole che anche all'operazione possono trovarsi sul viscere dei segni, come un arrossamento della porzione pilorica, uno spasmo per lo più irregolare e transitorio, un ingrossamento delle ghiandole della grande curvatura, i quali, in difetto di un'esame accurato, possono trarre in inganno. I lavori di Cole, Barclay, Carman e altri spiegano bene come dei disordini intestinali, specie a carico dell'appendice, possano aver influenza sullo stomaco ed eccitare la muscolatura di questo a contrarsi, in quel modo irregolare e doloroso che fanno sorgere il sospetto, o confermano l'opinione che sia presente un'ulcera. Nè va dimenticato l'elemento infettivo e la tossiemia, che, come è stato dimostrato anche sperimentalmente, possono portare a profuse emorragie gastriche.

Lo stomaco è un organo che ha molta simpatia per altri visceri sofferenti: è molto difficile che questi siano affetti, senza che lo stomaco abbia la sua parte sul quadro sintomatico, sia con eccesso di secrezione, sia con attività irregolare e tumultuosa: di più, esso parla così intensamente che solo la sua voce è udita.

Concludendo, è necessario tener conto di tutti i sintomi e adoperare tutti i mezzi per diagnosticare una reale lesione gastrica in alcuni casi, per affermare in altri che lo stomaco è intatto, e che altri sono gli organi affetti.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

Possiamo ora apprezzare le ragioni della grande difficoltà della diagnosi dell'ulcera dello stomaco: i cui sintomi non sono in rapporto con l'invasione dell'uno o dell'altro strato della parete del viscere, perchè non è infrequente, quando si operi dopo che un attacco è passato e tutta la sintomatologia tace, di trovare il cratere ulceroso beante. La causa esatta dei sintomi è incer-

ta, ma perchè essi appaiano sappiamo, che, oltre alle alterazioni strutturali, sono necessarie altre condizioni: in particolare, l'infezione, lo spasmo localizzato del muscolo gastrico, l'iperacidità. Ora appunto queste tre condizioni sono presenti non solo in tutti i casi di ulcera dello stomaco, ma in quelle affezioni di altri visceri che abbiamo visto possono mentirla perchè si accompagnano a sintomi che le sono propri. Nè può giovare il criterio *ex iuvantibus* perchè le cure che oggi sono note come realmente efficaci per l'ulcera dello stomaco (riposo e dieta) tendono a vincere le tre condizioni suddette, e in particolare combattono l'infezione di tutto il tubo digerente.

La difficoltà della diagnosi risulta nettamente da quei casi in cui fu praticata una gastroenterostomia senza benefizio: se anche l'effetto « meccanico » non è richiesto dall'ostruzione, per lo meno gli effetti « fisiologici » dovrebbero essere salutari.

Una serie di casi classificati come ulcera gastrica è stata raccolta dall'A. in un precedente articolo, ed è umiliante il constatare quanti errori diagnostici egli potè mettere in luce in quell'occasione. Se tali errori non fossero stati constatati dall'operazione, e i casi fossero stati invece sottoposti al trattamento medico, quale valore avrebbe avuta l'eventuale efficacia curativa di questo?

La realtà è che i soli dati clinici sono assai fallaci, e che non può affermarsi la presenza di un'ulcera, se essa non sia stata constatata dall'esame radioscopico o dall'intervento chirurgico.

IL TRATTAMENTO DELL'ULCERA GASTRICA CRONICA.

A) *Trattamento medico.*

Abbiamo visto che i risultati di un trattamento medico o dietetico sono viziati dalla mancata accuratezza di diagnosi. Il più razionale dei metodi è quello introdotto da Sippy, basato sull'opinione che la prima necessità è la riduzione dell'acido nello stomaco: ciò che si ottiene con la diluizione del cibo, l'alcalinizzazione del contenuto gastro ogni ora, e la somministrazione di grassi.

Ma a questo proposito vi sono tre quesiti che richiedono un risposta:

1° Può un'ulcera gastrica cronica guarire con la cura medica?

2° La guarigione permane a lungo?

3° Si produce essa senza determinare altre condizioni che richiedano poi un trattamento chirurgico?

1° La guarigione indubbiamente può avvenire: se ne vedono le cicatrici sia all'autopsia sia al tavolo operatorio. Tuttavia questo reperto, quando l'esame dello stomaco sia fatto come *routine* in ogni intervento operativo, è assai raro: probabilmente per la rarità di guarigioni profonde o per la tendenza delle ulceri guarite a recidivare.

2° Nella maggioranza dei casi la guarigione non è permanente: è caratteristica della storia delle ulceri gastriche la ripetizione dei periodi di dolore a intervalli che si fanno sempre più brevi. Nè è certo che nei periodi in cui mancano le sofferenze l'ulcera sia guarita.

3° Quando un'ulcera media o grande guarisce è inevitabile un certo grado di retrazione, onde stomaco a clessidra e stenosi peripiloriche, che richiedono un intervento chirurgico. Non è possibile stabilire quanto spesso ciò accada, ma certo non deve essere raro.

Nonostante queste considerazioni, un tentativo di cura medica deve esser sempre fatto, per lo meno nei primi tempi. L'ideale sarebbe di mantenere i pazienti sotto questo trattamento, fino a che l'esame radioscopico non dimostri la guarigione dell'ulcera.

B) *Trattamento chirurgico.*

Quando un'ulcera gastrica cronica non guarisca o abbia recidivato dopo il trattamento medico, quello chirurgico si impone. Non v'è ancora perfetto accordo nel procedimento che è meglio adatto nei singoli casi.

L'operazione più comune è stata la gastro-enterostomia.

I suoi risultati furono dapprima ottimi, probabilmente perchè praticata solo nei casi con ostruzione; più tardi variabili. Le si attribuiscono due effetti: « meccanico » o di drenaggio più rapido, e « fisiologico » in quanto il contenuto gastrico verrebbe ad essere alcalinizzato dal reflusso nello stomaco del succo pancreatico e della bile.

Nelle ulceri peripiloriche, o comunque distali alla anastomosi praticata, i risultati sono spesso buoni: il cibo passa per la nuova via, senza entrare in contatto con l'ulcera, e lo spasmo in molti casi scompare. Ma talora l'ulcera non guarisce o recidiva, richiedendo una nuova operazione; altre volte dopo 2 anni o più si ha la trasformazione maligna. La gastroenterostomia ha avuto successo anche in casi di ulcera del corpo dello stomaco, di grandezza moderata e senza aderenze: ma in molti casi, certo, tale successo non si ebbe. Che questa operazione da sola possa non avere un valore completo, è dimostrato dalla possibilità di insorgenza di ulceri gastriche, dopo che venne praticata gastroenterostomia per ulcera duodenale.

È opinione comune che una parte importante di ogni metodo consiste nel controbilanciare l'acidità normale o aumentata dal succo gastrico. Se così fosse l'effetto fisiologico della gastroenterostomia dovrebbe avere una certa importanza

sui buoni risultati, che talvolta indubbiamente se ne hanno. Ma la premessa è lungi dall'esser dimostrata: abbiamo visto che in alcuni casi di ulcera gastrica o duodenale si ha ipoacidità.

L'A. ha poca fede sull'azione «fisiologica» della gastroenterostomia: egli è personalmente contrario a praticare queste operazioni, eccetto che nei casi di ostruzione, esistente o minacciante come nell'ulcera duodenale e, solo in speciali circostanze, nell'ulcera prepilorica. Tutto questo argomento richiede un esame più completo: gli effetti sulla guarigione dell'ulcera e sullo spasmo dello stomaco debbono essere vagliati con l'esame radioscopico e con lo studio accurato dei risultati tardivi dell'operazione.

La gastroenterostomia può esser combinata con l'escissione dell'ulcera o la sua cauterizzazione (operazione di Balfour), o il suo invaginamento come si fa dopo una perforazione. La prima è da scartare per la possibilità di recidive, e per la deformità dello stomaco (spesso richiedente un nuovo intervento) che ne consegue.

L'operazione di Balfour ha molti vantaggi: la distruzione completa del cratere e quindi dei tessuti da cui può svilupparsi un carcinoma; la semplicità e lo scarso danno che si produce; il nessun aumento di gravità dell'operazione. L'A. non sa che ad essa siano seguite recidive. Egli l'ha viste praticare spesso, con risultati eccellenti: ma non l'ha eseguita che raramente, perchè è di opinione che ad essa è superiore la gastroectomia parziale.

Quest'ultima è, a suo modo di vedere, l'unico modo certo di guarire il paziente. Disgraziatamente essa, è impossibile in certi casi: paziente assai debole, e grossa ulcera che si approfondi nel fegato o nel pancreas, o che si estenda in alto fino quasi al cardias: sarebbe allora necessaria una gastrectomia quasi completa, con probabile risultato fatale. In tali casi può eseguirsi l'operazione di Balfour. L'A. preferisce una gastroenterostomia ad Y, con l'introduzione sul braccio prossimale dell'Y di un tubo: attraverso questa digiunostomia egli alimenta esclusivamente i pazienti per mesi e anni, fino a che l'esame radioscopico non dimostri che l'ulcera è guarita.

I vantaggi della gastrectomia sono: l'assoluta mancanza di recidive; la completa e immediata scomparsa di tutti i disturbi gastrici; l'esclusione del pericolo (che, sia piccolo o grande, certo è reale) della trasformazione neoplastica. Negli ultimi 40 pezzi anatomici asportati, a causa di una semplice ulcera, tre volte si riscontrarono i primi segni di carcinoma.

È vero che nella maggioranza dei casi può esser fatta una accurata discriminazione fra ulceri semplici e maligne: ma nessuno può affermare di saper giudicare sempre senza errore: ed è più sicuro decidere con un esame microscopico su un campione asportato, che imparare un errore dall'esito ultimo del caso. SEBASTIANI.

Il trattamento chirurgico delle ulcere gastriche e duodenali emorragiche.

(BALFOUR, *Jour. American Med. Association*, 23 agosto 1919).

L'A. prese in considerazione quei casi nei quali il trattamento chirurgico è stato insufficiente a evitare il ripetersi delle emorragie. Questi casi non sono rari dopo che i chirurghi hanno avuto tendenza ad ammettere che ogni emorragia dipenda da un'ulcera e che la gastro-enterostomia sia il mezzo regolare per guarire le ulcere.

In realtà la diagnosi della causa di una emorragia non è sempre facile. Fortunatamente l'anamnesi e l'esame radiologico sono quasi sempre in grado di far conoscere se esista o no un'ulcera. Se non esistono segni di ulcera e esistano invece segni di malattia della vescica biliare, del pancreas o dell'appendice, non bisogna dimenticare che emorragie gastriche possono essere dovute a queste cause estrinseche. La milza e il fegato particolarmente debbono essere tenuti presenti, poichè si è provato che la milza o il fegato o ambedue questi organi possono essere causa di serie emorragie gastro-intestinali, senza presentare alcun segno che, allo stato delle nostre conoscenze, sia riconoscibile.

In questi casi l'esplorazione operatoria acquista una importanza grande e solo mediante essa è possibile riconoscere alcune alterazioni che possono essere guarite chirurgicamente. In un caso un paziente di ematemesi era stato curato con una gastro-enterostomia. Le emorragie continuarono. In un secondo intervento si trovò che nello stomaco e nel duodeno e nel digiuno non esistevano ulcere. Si trovarono segni di colecistite e, asportata la cistifellea, si ebbe una definitiva scomparsa delle ematemesi.

Le emorragie possono avvenire anche da ulcere curate con gastro-enterostomia e che non avevano mai precedentemente sanguinato e continuare dopo che è stata eseguita solo una gastroenterostomia per curare emorragie da ulcere. Nella clinica di Mayo si sono vedute abbastanza frequentemente (nel 2% degli operati per ulcera duodenale e nell'1% degli operati per ulcera gastrica). Questi risultati hanno fatto considerare se non fosse opportuna una revisione dei processi operatori usati. Si è trovato che spesso le ulcere gastriche, specialmente quelle callose e quelle vicine al piloro, venivano escisse, e si faceva poi la gastro-enterostomia. Le ulcere duodenali venivano invece trattate solo indiretta-

mente con la gastro-enterostomia. D'altra parte si è notato come, mentre sommando tutte le operazioni per ulcera si era avuto rispettivamente il 2 % e l'1 % di emorragie postoperatorie tardive nelle ulcere duodenali e nelle ulcere gastriche, nelle operazioni eseguite in soggetti che avevano avuto emorragie prima dell'operazione, le emorragie postoperatorie erano in quantità del tutto trascurabile.

In questi ultimi casi si era agito sempre direttamente sull'ulcera, o con l'escissione o con la causticazione o con la legatura dei vasi secondo Woolsey; e si era poi fatta la gastro-enterostomia.

Questi fatti autorizzano a credere che la gastroenterostomia o la piloro-plastica sole non siano efficaci a prevenire le emorragie postoperatorie, mentre l'escissione dell'ulcera e la gastro-enterostomia associate offrono una sicurezza assoluta. Essendo però l'escissione dell'ulcera un processo che può riuscire estremamente difficile anche ai più esperti chirurghi ed essendo seguita da una mortalità operatoria elevata, è preferibile distruggere l'ulcera causticandola secondo il processo noto dell'A. Si ha in tal modo un mezzo non pericoloso per curare sicuramente le emorragie da ulcere. E poichè, come si è veduto, le emorragie postoperatorie possono comparire tardivamente anche in operati le ulcere dei quali non avevano mai sanguinato prima dell'operazione, è buona regola istituire nella terapia chirurgica delle ulcere gastriche e duodenali il sistema di eseguire, oltre la gastro-enterostomia, la distruzione dell'ulcera col caustico.

EGIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 27 febbraio 1920.

Presidenza: Prof. DEVOTO.

L'ameba della dissenteria.

VALLARDI. — Con un ricco corredo di microfotografie, l'O. espone i differenti aspetti, sotto i quali può presentarsi l'ameba nell'intestino umano dalla grande forma vegetativa alla cistica. Se l'unicità dell'ameba patogena umana ancora non è dimostrata con esperienze decisive, è certo però che nelle feci dei medesimi ammalati, controllate metodicamente con preparazioni fissate e colorate, si possono sorprendere moltissime forme alquanto differenti tra loro e comprendenti figure identiche a quelle descritte per l'a. tetragena ed hystolica. Variazioni dell'ambiente intestinale in relazione o non con la cura specifica, ricerche condotte su materiale non freschissimo, ecc., rappresentano altrettante condizioni che alterano l'aspetto tipico dell'ameba e creano delle forme atipiche, che talvolta si differenziano anche dalle amebe intestinali non patogene.

Le indicazioni dell'intervento chirurgico nelle coliche biliari.

MAIOCCHI. — L'O. riferisce 3 casi di operazione chirurgica eseguita sulle vie biliari in condizioni di eccezionale gravità. L'O. prende punto di partenza da questi 3 casi per affermare la necessità di un intervento chirurgico precoce, poichè solo operando in un periodo meno avanzato della malattia si possono avere quei risultati brillanti che la tecnica può ottenere.

Un caso di tumore cerebellare decorso per lungo tempo con la sintomatologia della sclerosi a placche.

MEDEA. — L'O. fa rapidamente la storia degli errori diagnostici fra tumore intracranico e sclerosi a placche. Passa poi alla narrazione del proprio caso, durato dall'inizio della malattia alla morte, circa 16 mesi e in cui fino a qualche mese prima della morte non esistevano segni di aumento della pressione intracranica di nessun genere, tanto da far pensare alla esistenza di una sclerosi multipla. Soltanto in una ultima fase della malattia fu possibile la diagnosi esatta e confermata dall'autopsia di tumore cerebellare. L'O. spiega le ragioni anatomiche per le quali (come nel suo caso) sono specialmente i tumori della fossa cerebellare posteriore quelli che possono dare luogo all'errore o al dubbio diagnostico.

La associazione della caffeina al cloralio (cloral-caffeina).

PICCININI. — La associazione della caffeina al cloralio ed agli ipnotici in genere a scopo diuretico ha notevole importanza pratica. L'O. ha dimostrato la grande tolleranza della cloral-caffeina nei conigli, cosicchè si deve supporre che entro certi limiti l'azione del cloralio e quella della caffeina si facciano reciprocamente da antidoto. Anche nell'uomo l'azione cloralica giova molto ad attutire la soverchia eccitazione prodotta dalla caffeina. In pratica non è usabile la cloral-caffeina per iniezioni, ed nche il suo uso orale presenta alcune difficoltà. Meglio si presta un sale nuovo con base tetrametilammonica, somministrabile anche per iniezioni, perfettamente definito dal punto di vista chimico, ma sul quale si debbono compiere ulteriori studi.

PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I vari tipi d'ittero e la loro diagnosi.

Brulé (*Gazette des hopitaux*, 1919, n. 42-43) fa un'ampia esposizione delle moderne vedute sulla patogenesi delle varie forme di ittero; allo stato dei fatti si deve ammettere che:

a) alcune forme di ittero sono legate a malattie del sangue, a processi di dissoluzione ematica;

b) molti itteri infettivi dipendono da un infezione discendente d'origine ematica e non da una infezione ascendente d'origine intestinale;

c) in molti itteri non si trova alcuna lesione anatomica delle vie biliari;

d) in alcuni casi si può avere una ritenzione di pigmenti, tal'altra di sali biliari;
i pigmenti, tal'altra i sali biliari;

e) la ritensione biliare, particolarmente la ritensione per insufficienza epatica è molto frequente: gli elementi della bile si trovano nell'urina mentre il colorito della pelle rimane normale;

f) in clinica si osservano tutte le gradazioni di ittero dalle ritenzioni biliari senza itterizia all'itterizia più marcata; la stessa infezione, la stessa intossicazione può produrre tutti i gradi e tutte le varietà di ritenzione biliare.

Gli itteri da ostruzione delle vie biliari, che una volta rappresentavano tutti gli itteri, sono considerati oggi molto più rari di quelli da insufficienza epatica. La litiasi biliare o i tumori sono quasi esclusivamente la causa di una vera ritenzione. In questo caso l'ittero è molto netto, non si limita ad una colorazionoe indecisa della pelle o alla semplice urobilinuria, e retrocede rapidamente quando l'ostacolo è tolto. Al contrario gli itteri da insufficienza epatica spesso retrocedono lentamente, hanno di tanto in tanto delle riprese, come se il parenchima leso recuperasse lentamente le proprie funzioni. La ritenzione biliare dissociata nella quale l'urina contiene solo i pigmenti biliari e l'urobilina senza i sali biliari o viceversa conferma la ipotesi che si tratta di una affezione del parenchima epatico e non di ostruzione. Per svelare questa dissociazione è necessario praticare l'esame delle urine parecchie volte in vari periodi.

L'ittero da dissoluzione ematica è caratterizzato dall'assenza di sali biliari nell'urina, dall'anemia, dalla diminuzione di resistenza dei globuli rossi, dalla diminuzione del loro numero, dalla presenza di emazie granulari. Questi itteri emolitici sono molto più rari di quelli di origine epato-biliare. *dr.*

Ittero terminale dei tubercolosi.

Gougerot già aveva raccolti numerosi casi di insufficienza epatica terminale nei tubercolosi, con ittero grave. Ameuille nei *Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (n. 3, gennaio 1920) riferisce su due casi di ittero terminale, verificatisi su oltre 500 tubercolosi. Si trattava di due donne con lesioni tubercolari ulcerose bilaterali, e nelle quali la malattia decorse piuttosto lentamente.

La temperatura si mantenne sempre elevata in un caso sino alla morte; nel secondo raggiunse i 40° soltanto negli ultimi giorni. Nell'ultima settimana comparve l'ittero più intenso in un caso che nell'altro, con feci non completamente decolorate, pigmenti biliari abbondanti nel sangue e nelle urine; scarsa urobilina nelle urine. All'autopsia non si riscontrò alcuna occlusione delle vie biliari estra-epatiche; il fegato non presentò alcuna alterazione macroscopica a carico delle vie biliari intraepatiche. Appariva grasso ma non molto ingrossato (gr. 1350 e gr. 1600).

All'esame istologico non si notava una sola cellula provvista di protoplasma intatto. In un caso la degenerazione grassa era totale, e le cellule apparivano come vescicole ripiene di grosse gocciole di grasso; nell'altro la degenerazione grassa era associata all'amiloidosi, tanto che nulla rimaneva della cellula epatica. Gli spazi portali invece erano intatti. Nei casi di fegato tubercoloso non itterico e con profonde estese alterazioni, si nota, all'esame istologico, che gli spazi portali sono infiltrati, con presenza di qualche piccolo tubercolo; l'infiltrazione grassa non determinà la completa scomparsa del protoplasma cellulare, e restano delle travate intere di cellule epatiche inalterate.

Secondo l'A. i 2 casi citati di ittero con distruzione totale del fegato troverebbero la loro spiegazione nell'ipotesi che i pigmenti biliari formati nel sangue per l'emolisi insensibile, siano poi concentrati ed eliminati dalla cellula epatica; mentre non potrebbero essere sufficientemente interpretati ammettendo che i pigmenti biliari si formino esclusivamente nella cellula epatica stessa. TRENTI.

Patologia dell'ittero emolitico acquisito.

Lewin (*Verein f. inn. Med. u Kinderheilk.*, Berlin 15 dicembre 1920; rifer. in *Berlin Klin. Wochenschr.*, n. 13, 1920) riferisce su 2 casi di ittero emolitico: un uomo di 40 anni, nel quale la malattia si è sviluppata in seguito a dissenteria, e un uomo di 20 anni, nel quale essa si sviluppò in seguito a una gastrite infettiva. In tutti e due i casi esistevano anemia intensa, anisocitosi e policromatofilia bilirubinemia ed uro-

biliuemia ed una notevole diminuzione della resistenza degli eritrociti. In tutti e due i casi l'estirpazione della milza recò giovamento. Però i casi non furono seguiti più a lungo. Quanto alla patogenesi, alcuni ritengono la si debba ricercare in una diminuita resistenza osmotica degli eritociti, altri in un'affezione della milza. Ziemann, Jungmann, Haser, Hirschfeld ricordano dei casi nei quali l'ittero emolitico si era manifestato in seguito a malaria, a tubercolosi, ad avvelenamento da piombo o da rame.

POLLITZER.

Anemia perniciosa itterigena terminata in leucemia mieloide acuta.

A. Chauffard e M.lle M. Bernard (*La Presse Médicale*, 3 luglio 1919) riportano le osservazioni e gli esami di sangue praticati in un malato, il quale in un primo momento insieme a uno speciale pallore con suffusione itterica, ma senza ritenzione biliare, insieme a un'astenia profonda senza dimagramento, e a disturbi digestivi presentava un esame ematologico nel quale vi era forte leucopenia (2500), la cifra delle emazie sebbene molto diminuita (1.600.000) sembrava più elevata di quello che avrebbe fatto pensare lo stato del malato, e vi era una percentuale eccessiva di emazie nucleate (170 per 100 leucociti) e di mielociti (52 %), tanto che fu discussa la possibilità di una leucemia mieloide anormale, senza leucocitemia, ossia di una leucemia aleucemica. In esami successivi trovarono la cifra delle emazie ancora più bassa, un valore globulare superiore all'unità, l'astenia e l'anemia erano più profonde, comparve tendenza sincopale, sicchè diagnosticarono un'anemia perniciosa. Se non che la curva leucocitaria andò rapidamente assumendo un andamento imprevisto; dalla cifra primitiva di 2500 passò negli esami successivi a 15.000; 102.000; 210.000; 331.000 e in quest'ultimo esame i leucociti erano rappresentati quasi esclusivamente da mielociti nella percentuale del 97 per 100. Contemporaneamente il fegato e la milza aumentarono notevolmente di volume e comparvero numerosi gangli inguinali e ascellari sicchè il quadro clinico fu riportato a una leucemia mieloide.

Già Chauffard e Loederich avevano segnalato i rapporti fra leucemia mieloide e anemia perniciosa, e dimostrato che in certi casi di leucemia acuta o cronica i malati muoiono più per la *cellula rossa* che per *quella bianca;* ciò che proverebbe trattarsi di una malattia *totius cruoris* e non di una evoluzione morbosa localizzata soltanto all'apparato leucopoietico.

La leucemia mieloide per solito appare in clinica come una malattia cronica, il cui inizio quasi sempre ci sfugge, malattia che suol diagnosticarsi al periodo di stato quando le lesioni sanguigne sono in piena evoluzione.

Il caso eccezionale e particolarmente istruttivo riportato dagli AA., viene da essi così riassunto: anemia perniciosa itterigena, mielemia preleucemica e leucemia mieloide acuta, definizione anatomica lontana dal costituire una diagnosi completa, mancando la conoscenza dell'elemento patogenetico.

CESETTI.

TERAPIA.

Cura della trigonite nella donna.

Vi sono molti casi di affezioni vescicali, in cui il sintomo principale è dato dalla vescica irritabile, mentre l'urina è limpida e non si trovano lesioni notevoli. Con l'esame al cistoscopio si trovano alterazioni del trigono (congestione, iperplasia ed ipertrofia della mucosa e dei vasi sottoepiteliali) sicchè si comprendono tali casi sotto la denominazione di trigonite o cistite del collo. L'inizio è spesso insidioso, con aumento graduale nella frequenza della minzione, specialmente di giorno e talvolta anche di notte. La paziente, vuotata la vescica, si sente insoddisfatta, e sente ancora il bisogno di urinare; vi sono pazienti che sono costrette ad orinare ogni quattro-cinque minuti, dando esito a solo poche gocce di urina. Negli stadî avanzati vi sono talvolta anche dolori, non mai però gravi, e talvolta anche leggera ematuria terminale.

Il trattamento di solito porta pochi vantaggi. Lindeman (*Surg., Gynecol. and Obst*, 1920, p. 64) consiglia l'iniezione di cloridrato di chinina e di urea nella mucosa vescicale, partendo dalla considerazione che tali sostanze, iniettate nei tessuti provocano un deposito di fibrina ed un indurimento locale, che può durare per mesi. Egli usa una soluzione al 2-3 % dei detti sali, in soluzione fisiologica, che colora poi co bleu di metilene.

Le iniezioni si fanno con un lungo ago flessibile, che si introduce nella vescica per mezzo del cistoscopio, penetrando poi nella mucosa del trigono, preferibilmente presso uno degli ureteri, iniettando poche goccie del liquido in modo da ottenere una piccola macchia blu. Si ripete l'operazione per altri punti del trigono, in modo da coprirne tutta la superficie.

L'A. ha notato rapidi miglioramenti nelle sue pazienti, alcune delle quali non hanno avuto bisogno di altro trattamento. Egli non si nasconde la possibilità che in tal modo si determinino delle necrosi locali, eventualità che però non si è mai verificata nei suoi casi.

Naturalmente il metodo va eseguito da un provetto specialista; ma è bene che sia conosciuto dal pratico.

r. s.

La cura chirurgica della calcolosi renale.

Nicolich (*Riforma med.*, 6 sett. 1919) insiste sulla convenienza di usare la pielotomia anzichè la nefrotomia, nella cura della calcolosi renale. La nefrotomia di fatto è un'operazione non sempre scevra da pericoli, che consistono particolarmente nell'emorragia; questa di solito cessa, non appena suturato il tessuto renale, ma spesso ricompare più tardi e gravissima: altre volte l'emorragia può aversi per sclerosi delle arterie renali, per poca profondità della sutura, per un coagulo, che ostruisce l'uretere, e determina il divaricamento della ferita, in seguito all'accumulo di orina nel bacinetto.

L'incisione del bacinetto, invece, se praticata nei casi per i quali è indicata e se non la si prolunga troppo, non provoca emorragie. Inoltre mediante essa, non si lede affatto il parenchima renale, che invece viene molto alterato dopo la nefrotomia. Essa deve dunque essere la regola a meno che si tratti di calcoli molto voluminosi o coralliformi, per i quali sarebbe necessaria un'incisione troppo estesa. A priori non si può stabilire fino a qual volume del calcolo sia indicata la pielotomia, dipendendo ciò dalla dilatazione del bacinetto. Ad ogni modo essa può praticarsi in primo tempo, salvo ricorrere poi alla nefrotomia. Quest'ultima sarà preferita quando la radiografia dimostri l'esistenza di calcoli in regioni lontane dal bacinetto.

La pielotomia era stata abbandonata per il timore che rimanesse una fistola orinosa. I fatti dimostrano invece il contrario: in 10 casi operati dall'A. non si ebbe fuoriuscita di una sola goccia di urina; negli altri lo stillicidio cessò rapidamente.

Per quanto riguarda la sutura del bacinetto, alcuni raccomandano che essa sia molto accurata, altri la ritengono invece inutile o dannosa. In molti dei propri operati, l'A. non ha praticato affatto la sutura, non ha mai messo tubi di drenaggio entro il bacinetto, ma solo a contatto della sua parete posteriore, ed ha ottenuto ottimi risultati.

Un altro fatto che dimostra come la pielotomia sia meno nociva che la nefrotomia, è che con la prima, non si hanno alterazioni dell'urina, che si verificano quasi sempre con la seconda.

Conviene che il pratico sappia valutare i vantaggi di questo intervento.

r. s.

Il taurocolato di sodio nella profilassi della blenorragia.

A. Castellani (*Annali di Med. Navale e Colon.*, 1919) consiglia l'uso di una soluzione di 2-4 g. di taurocolato di sodio in 30 g. di glicerina pura.

Prima del coito si lasciano colare alcune gocce nel meato urinario, tenuto aperto, sulla superficie del glande e nel solco balano-prepuziale: si ripete la manovra dopo il coito e dopo la lavatura del pene.

L'A. ha fatto esperienze instillando ad individui il pus blenorragico dopo l'applicazione del rimedio, ed ha osservato che la blenorragia non si è affatto sviluppata.

fil.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

Disinfezioni a domicilio.

Richiamiamo sommariamente, a conclusione delle cose sin qui dette in argomento, le norme principali per praticare una disinfezione a domicilio.

All'uopo occorrono: 1° una pompa spruzzatrice; 2° sublimato corrosivo in soluzione madre al 50 %, coll'aggiunta di acido cloridrico al 25 %, oppure, secondo la comoda pratica adottata nei servizi della Sanità Pubblica, sublimato corrosivo in polvere in miscela col cloruro di sodio, nella proporzione rispettiva di 50 e 200 gr. L'istruzione apposta alla bottiglietta, che contiene la miscela indica il modo di eseguire la preparazione della soluzione all'uno per mille, che si ottiene facilmente versando a poco a poco il contenuto in 50 litri d'acqua entro un mastello di legno e agitando continuamente; 3° soda caustica in soluzione madre al 60 %; 4° calce viva per la preparazione del latte di calce al 20 %: è indispensabile detta preparazione sia recente; 5° due secchie di legno; 6° un mastello; 7° gli indumenti da disinfettatore entro un sacco; 8° un cesto; 9° una spazzola dura e una robusta scopa foggiata a T; 10° spugne, strofinacci, asciugamani e qualche sacco di tela.

Sul luogo, il disinfettatore indossa l'abito di fatica col berretto e le soprascarpe, tralasciando maschere e guanti nelle disinfezioni comuni. Poscia, preparate le soluzioni ai vari titoli prescritti, raccoglie gli effetti e oggetti da disinfettarsi come è indicato appresso: *a*) biancheria e oggetti di tela, in genere, in un bagno, per un'ora, di soluzione al due per mille di sublimato corrosivo; *b*) oggetti di cuoio, pelliccie, quadri, cornici e simili colla stessa soluzione mediante strofinacci o spugne; *c*) coperte e oggetti di lana in genere, materassi, cuscini, tappeti, abiti di lanno colla stufa a vapore acqueo; *d*) libri e cartolari di qualche importanza col vapore acqueo, se non siano rilegati, oppure colla formaldeide; *e*) suppellettili di cucina, stoviglie con

soluzione bollente di soda del commercio 2 % o cenere.

Spruzzati esternamente colla soluzione anzidetta di sublimato dovrano essere anche sacchi ed altri involucri, che servano a ricoprire gli oggetti che si esportano.

Adunati i mobili nel mezzo della camera, si spruzzano abbondantemente colla pompa pareti e soffitto, in modo da farli sgocciolare: l'ultimo, però, basterà disinfettarlo solo quando si tratti di vaiolo, tifo esantematico, scarlattina, specialmente se sia basso, mentre il pavimento sarà lavato, soffregandolo energicamente colla scopa a T. Se fosse molto sudicio converrebbe trattarlo preliminarmente con soda bollente, raschiandolo e soffregandolo. Colla soluzione di sublimato al 10 per mille si spruzzano e soffregano mediante spugne o strofinacci anche i mobili e gli altri oggetti non disinfettabili altrimenti (di vetro, porcellana, ecc.).

Nello stesso modo si passa a disinfettare la latrina, curando in modo particolare il sedile e la maniglia della porta. All'uopo serve bene anche il latte di calce al 20 per mille. Questo è invece usato a preferenza nella disinfezione della fogna (il che è indispensabile nei casi di tifo addominale, colera e dissenteria), versandone dalla canna in proporzione del 2 % del contenuto oppure, durante il decorso della malattia, 0,2 di litro per giorno e per persona: in tal modo il contenuto dovrà assumere reazione nettamente alcalina da constatarsi colla cartina reattiva, che assumerà colore azzurro intenso. Dopo ciò, lasciando aperte le finestre, l'operatore sveste l'abito di fatica, che disinfetterà, come gli altri effetti, col sublimato o il vapore d'acqua e si lava mani e faccia con acqua e sapone, risciacquandosi accuratamente la bocca.

Alla disinfezione delle aule scolastiche, da praticarsi in via ordinaria almeno una volta l'anno si procederà nello stesso modo che per le abitazioni, avendo cura di strofinare energicamente colla soluzione di sublimato corrosivo al 10 per mille i banchi, e specialmente lo scrittoio e appoggiatoio. Quadri e tavole murali si spruzzano colla stessa soluzione, libri e cartolari si bruciano o si disinfettano col vapore: se, tuttavia, sono rilegati in tela, pelle o pergamena, se ne stacca la copertina, che è disinfettata a parte col sublimato, oppure si tratta l'intero libro a mezzo della formaldeide colle modalità e precauzioni dianzi accennate.

Per la disinfezione di stalle, dopo le cose dette, basterà raccomandare, che invece del sublimato, pericolosissimo per i buoi, i quali vi hanno una grande sensibilità, si adoperi, specialmente, la soluzione calda di soda caustica al 12 % od anche il liquido di Laplace, al 5 % ed, inoltre, che il pavimento, se non è impermeabile, sia rimosso e rinnovato per la profondità di 20 cm. e siano bruciati od interrati, mescolandoli a calce, soluzione di Laplace o di idrato di soda, lontano dai pozzi d'acqua potabile, lettame, lettiera e residui dell'alimentazione.

Se siano in quantità rilevante da rendere difficile e costosa la disinfezione, purchè non si tratti di peste bovina o di carbonchio ematico o sintomatico, potranno questi materiali essere ammucchiati in luogo appartato e ricoperti di un grosso strato di terra, utilizzandoli solo dopo completa maturazione. *a. p.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1119) *Ricerca dell'indacano con il metodo di Jolles.* — All'abb. n. 11571: L'acetato di piombo da usarsi è il neutro. L'A. non indica se si deve *spiombare* l'urina: ciò del resto non sembra necessario, non usandosi neanche nel metodo di Orbermayer. La reazione seguendo il metodo descritto, riesce bene e dà al cloroformio una bella colorazione violetta, anche in urine che con altri metodi non dimostravano contenere indacano.

FILIPPINI.

(1120) *Per riconoscere un tessuto di lana da uno di cotone.* — All'abb. n. 5566: Il metodo più semplice per conoscere se un tessuto sia di lana o di cotone, oppure un misto, è questo:

Si sfila il tessuto ed i singoli fili si bruciano sulla fiamma di una candela, fiutando l'odore che tramandano nella combustione. La lana dà odore caratteristico di penne bruciate, il cotone dà odore di foglie secche bruciate. Inoltre la lana, allorchè si avvicina alla fiamma, si arriccia e si restringe, il cotone brucia soltanto. È metodo sensibilissimo ed utile per chi non abbia microscopio.

SCALA.

(1121) Al dott. G. Dalla Valle, Mantova:

Si possono consigliare:

Sulla reazione di Wassermann:

L. VIGANÒ: *Manuale di tecnica sierodiagnostica*, Milano, Istituto sieroterapico milanese;

L. MARTINOTTI: *Siero-diagnosi della sifilide*, Cappelli ed., Bologna.

Sulla uretroscopia:

CHATELIN: *Méthodes modernes de l'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire*, Ballière ed., Parigi;

LUYS: *Traité de cystoscopie et de urétroscopie*, 1914, Paris.

Sulla terapia salvarsanica:

NOEGELI: *Relazione sulla terapia salvarsanica*,

riassunta nella « Dermatolog. Wochenschrift », 1918, n. 44, p. 747;

V. pure le relazioni dei proff. MAJOCCHI, TRUFFI, VERROTTI sugli arsenobenzoli nella terapia della sifilide (XV riunione della Società italiana di dermatologia e sifilografia e « Giornale italiano delle mal. veneree e della pelle », 1914 fascicolo I).

L'indirizzo del « Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle » è Milano, Via S. Orsola 1.

Vige l'abbonamento cumulativo col « Policlinico ».

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

JAMES MACKENZIE. *Les symptômes et leur interprétation.* Prezzo Fr. 10. Editore Félix Alcan. Parigi, 1920.

Gli studi del grande clinico inglese sulla genesi dei sintomi morbosi e sulla loro importanza clinica hanno destato un vivo interesse in tutto il mondo medico. Mackenzie reagisce alla tendenza che tenta sminuire il valore del medico pratico. Egli sostiene che i metodi d'indagine clinica di laboratorio hanno un interesse affatto secondario per il medico pratico, che per dare dei giudizi diagnostici deve poter contare quasi esclusivamente su quel che offre il malato ai suoi sensi. Se il medico sa bene interpretare i sintomi ed i segni rilevati con l'esame del malato può ben fare a meno di ogni tecnicismo ingombrante e dispendioso. In questo volume il Mackenzie esamina minutamente le relazioni dei sintomi, come i dolori, le iperestesie periferiche, le contratture muscolari, i riflessi organici (vomito, dispnea, riflessi cardiaci, ecc.), con le malattie dei diversi organi mettendone in evidenza il significato dal punto di vista diagnostico e prognostico.

La traduzione fatta dal dottor Guillaume sulla terza edizione inglese è in francese chiaro e corretto.

dr.

WEIN EMANUEL. *Feststellung und Behandlung der tuberkulösen Infektion mittels antitoxischer Heilkörper.* Un vol. in-8° di circa 600 pag. Urban e Schwarzenberg ed. Berlino e Vienna. Prezzo marchi 25.

Dal tempo in cui Koch ha preparato la sua vecchia tubercolina, la ricerca di un mezzo specifico per combattere la tubercolosi ha vivamente interessato i ricercatori di laboratorio ed i pratici. Risultati incontrastabili però non sono ancora ottenuti, nè con i mezzi isopatici (tubercoline) nè con quelli antitossici (sieri). In questo libro postumo che viene pubblicato dal figlio, l'A. tratta l'importante problema dal punto di vista teorico e da quello pratico. Egli è nettamente favorevole ai metodi antitossici, e particolarmente al siero di Marmorek, di cui esamina l'utilità dell'applicazione, sia nelle forme nettamente tubercolari che in quelle di cui non è evidente la connessione con la tubercolosi; come l'emicrania, la dismenorrea, i disturbi digestivi, l'enuresi notturna, ecc. I lavori di Maragliano e della sua scuola non sono nemmeno citati.

fil.

VARIA.

Terminologia scientifica internazionale. — Il redattore-capo della *Nederlandsch Tijdschrift* richiama l'attenzione dei medici sulla necessità di usare un linguaggio scientifico puro e di « internazionalizzare » il linguaggio scientifico.

A questo proposito ricorda il seguente fatto avvenuto nel Belgio durante l'invasione.

Un medico dell'esercito tedesco prescrisse: « *Hydrargyrum chloratum*, 50 cg. 10 pezzi ». Il farmacista dispensò delle compresse di sublimato corrosivo da mezzo grammo, nella forma legale, cioè in una boccetta bruna di forma ottagonale, su cui stavano le diciture: « veleno » e « uso esterno »; di più egli vi applicò un'etichetta con la scritta: « Hydrargyrum chloratum... Sublimato corrosivo ». Ne risultò un avvelenamento e seguì processo: il farmacista era accusato di tentato veneficio a danno dei tedeschi. Egli fu salvato solo dall'ispettore capo delle farmacie del Belgio, Dulière, il quale potè provare che, mentre in Germania per *hydrargirum chloratum* s'intende il calomelano, nel Belgio lo stesso nome si adopera per il sublimato.

L'autore dell'articolo insiste perchè si addivenga ad una nomenclatura farmaceutica internazionale, uniforme in tutti i paesi, e chiede che sia costituita una Commissione internazionale.

Egli adduce ancora l'esempio del « calcium chloratum » che non corrisponde a clorato, ma a cloruro potassico.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Liberi docenti e professori.

Ci sono quistioni che hanno il privilegio di interessare particolarmente la tormentata anima dei medici. Ogni qualvolta si accenna alla libera docenza ed ai liberi docenti la discussione scaturisce ampia, abbondante, impetuosa. I medici hanno una particolare sensibilità anafilattica per questo argomento. Gli è per questo, oltre che per la efficacia dell'argomentazione e la vivacità della forma, che l'articolo del dott. Ugo Righi dal titolo « Professori di operetta » ha avuto un buon pubblico. Molti colleghi ci hanno scritto esprimendo il loro consenso e proponendo vari rimedi per risolvere la quistione, rimedi sulla cui efficacia, è da dubitare almeno a giudicare dalla loro poca uniformità. Naturalmente fra i consensienti vi sono liberi docenti e semplici dottori, e più naturalmente ancora queste due categorie motivano il loro consenso con ragioni non analoghe, come sono spinte alla protesta da interessi non identici.

I liberi docenti protestano per l'eccessivo e progressivo accrescimento della loro falange, i medici, che a quello conferito dalla laurea non possono aggiungere altro titolo, protestano per gli ingiustificati privilegi di coloro che troppo facilmente assurgono ai fastigi del libero insegnamento.

Modestamente io penso che forse hanno torto gli uni e gli altri.

Hanno torto i liberi docenti che dopo avere sperimentato personalmente la facilità di conquistare tale titolo, vorrebbero poi proibire agli altri di godere degli stessi benefici. Ad essi noi potremmo dire: se voi credete che la libera docenza sia stata concessa e si conceda con eccessiva facilità, con troppa condiscendenza, facciamo punto da capo, sottoponiamo a revisione tutte le libere docenze attribuite da un ventennio fino ad oggi. Si annullino tutte le libere docenze concesse in questo periodo di tempo e quelli che vogliono riottenerla presentino i titoli e diano le prove didattiche sufficienti per dimostare la loro effettiva capacità all'insegnamento. Si faccia questa revisione con giusto rigore, e solo allora si potrà pretendere che per l'avvenire le libere docenze siano concesse con la dovuta severità e serietà. Facendo altrimenti si verrebbe a sancire una iniquità, in quanto che se d'ora in avanti le libere docenze si concedessero con maggiore oculatezza e quindi con minore abbondanza, coloro che l'hanno conseguita precedentemente, e quindi con facilità, trarrebbero vantaggio oltre che dalla successiva valorizzazione del titolo, anche dalla diminuzione del numero di concorrenti nell'agone professionale.

Nè più giustificate sembrano le lamentele dei semplici laureati. I liberi docenti sono moltissimi, è vero. La libera docenza si concede con grande facilità, d'accordo. Ma come ciò offenda e danneggi la classe medica non si riesce a capire. Vittorio Emanuele II diceva che un sigaro ed una croce di cavaliere non si negano a nessuno. Così è della libera docenza, non c'è dubbio. Ma a memoria di cittadino italiano non si è mai dato il caso di una categoria di cittadini che abbiano protestato per la eccessiva larghezza con la quale si conferiscono le croci. La maggioranza commenta scherzosamente e passa oltre. Tutt'al più fanno qualche malinconica quanto sterile protesta i già crocifissi che vedono svalorizzata la loro onorificenza. Ed in ciò, senza offesa per nessuno, c'è un'analogia col contegno dei liberi docenti già arrivati.

Non si comprende, ripeto, perchè i medici debbano lagnarsi e scandalizzarsi per il gran numero di liberi docenti. Se per tal fatto il titolo ha perduto valore è inutile aver paura della concorrenza. Se il titolo si può ottenere con facilità sol che se ne faccia domanda, non si comprende perchè i protestanti non si prendono il disturbo di spedire al Ministro della pubblica istruzione il rituale foglio di carta bollata con la relativa ricevuta della tassa. Mi pare che sia semplice e chiaro.

Nè più assillante ed importante appare la quistione riguardante l'abuso del titolo di professore da parte dei liberi docenti. È difficile dire se e quanto oggi conferisca questo titolo. Ho notato, e non so se mi sbaglio, che i titolari di cattedre hanno la tendenza a non far più esibizione della loro qualifica di professore: preferiscono chiamarsi o farsi chiamare il clinico, il patologo, il neuropatologo, il fisiologo di questa o quella Università. Certo questa tendenza da parte dei professori ufficiali non ha nulla di offensivo per i pareggiati da essi creati, ma non si può fare a meno di rilevare questo desiderio di differenziazione.

Del resto chi segue la réclame giornalistica, non fosse altro che per l'interesse che desta questa curiosa manifestazione del commercio moderno, non ha potuto fare a meno di rilevare che mentre fino a qualche anno fa gli accreditatori degli specifici contro l'anemia, la tubercolosi e la neurastenia, come dei cerotti dei calli, erano tutti *professori*, oggi sono quasi tutti *dottori*. Gli imprenditori di réclame che conoscono meravigliosamente la psicologia del pubblico hanno avver-

tito che il titolo di professore è svalutato in confronto a quello di dottore.

Il pubblico, non temano i colleghi protestanti contro i liberi docenti, è un buon giudice: giudica con lentezza, ma con sicurezza. Ed il pubblico ora nella sua enorme maggioranza sa che il titolo di professore non protetto dalla legge e quindi accessibile a tutti, a professori d'orchestra come a prestidigiatori, nulla aggiunge a quello di dottore.

Pangloss

Cronaca del movimento professionale.

Convegno delle Rappresentanze mediche per discutere le Assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

La Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici aveva indetto un convegno di rappresentanze mediche per discutere le assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Il convegno doveva aver luogo a Roma nei giorni 15 e 16 giugno corrente; ma è stato rimandato a scadenza indeterminata, a causa della crisi politica, la quale non assicura in Roma la presenza dei medici senatori e deputati e non dà modo di conoscere le intenzioni ed i propositi del Governo sulle assicurazioni.

A proposito di concorsi medici.

L'Ordine dei medici di Brescia in esito a discussione ha approvato il seguente ordine del giorno:

« L'Ordine della provincia di Brescia — constatato che esiste nella classe sanitaria vivo malcontento per le difficoltà di carriera, per lo scarso affidamento di imparzialità che deriva dall'attuale sistema dei concorsi, per le nomine senza concorso che ancora si effettuano a posti importanti di direttori e primari di ospedali per parte di Opere pie, per le condizioni imposte in alcuni concorsi (esami scritti, limiti di età, ecc.) che invece di essere realmente di maggiore garanzia per la serietà del concorso, vengono talvolta dettate di volta in volta per favorire determinati concorrenti, che non di rado influiscono anche sulla scelta della Commissione giudicatrice;

rilevato che essendovi molti posti vacanti, questo sarebbe il momento opportuno per introdurre modificazioni nelle nomine dei sanitari, dirette ad evitare l'influenze locali, garantire l'imparzialità delle nomine e rendere meno difficile la carriera anche nella numerosa classe dei sanitari;

fa voti che:

tutti i posti medici dipendenti dalle Amministrazioni comunali, Opere pie e qualsiasi altro Ente siano coperti soltanto in seguito a pubblico concorso;

tutti i posti medici condotti vacanti o che si rendon vacanti durante l'anno in una Provincia siano coperti in seguito ai risultati di un unico concorso annuale regionale;

nelle commissioni amministratici sia incluso almeno un rappresentante ufficiale della categoria di medici, cui appartiene il posto messo a concorso;

non sia permesso fissare il limite massimo di età e che se eccezionalmente in qualche concorso può essere permesso, sia assai elevato e non siano computati gli anni di guerra, durante la quale sono stati sospesi i concorsi ».

Le tariffe medico-legali.

La Commissione Ministeriale per la revisione delle tariffe mediche giudiziarie ha terminato i suoi lavori proponendo: 1° Abolizione del sistema delle vacazioni per la liquidazione del compenso delle perizie; 2° Il magistrato abbia facoltà di liquidare il compenso delle perizie sino alla richiesta di lire 500. Deve richiedere il parere del Consiglio dell'Ordine dei Medici per le richieste che superino le lire 500 e anche quando sorga disaccordo fra Magistrato e Perito per le richieste inferiori a lire 500; 3° Le spese per le perizie non potranno essere ridotte senza interpellare il Consiglio dell'Ordine dei Medici; 4° Per ogni autopsia verrà corrisposto il compenso di lire 100; 5° Per autopsia su cadavere esumato lire 150; 6° Ai periti di prima categoria (laureati) verrà corrisposto viaggio ferroviario di prima classe, più il 20 % sul prezzo del biglietto e lire 30 al giorno di indennità. Sulle vie ordinarie indennità di lire 1 per ogni chilometro; 7° Il sistema delle vacazioni sarà applicato per le assistenze ai dibattimenti, per constatazioni, pareri, verbali, ecc. Per ogni vacazione lire 15. Non più di quattro vacazioni al giorno.

Per il miglioramento economico dei medici ospedalieri a Milano.

La commissione dei capi e vice-capi di ufficio degli Istituti ospitalieri di Milano ha approvato il seguente ordine del giorno:

« I capi e vice-capi di ufficio degli Istituti ospitalieri di Milano, avuta comunicazione delle decisioni colle quali la Commissione provinciale di assistenza e beneficenza pubblica ha ripetutamente negata, esclusivamente nei loro rapporti, l'approvazione delle deliberazioni del Consiglio ospitaliero, sia per un assegno caro-viveri già notevolmente inferiore a quello concesso agli altri, sia per la decorrenza dell'unico decimo quinquennale d'aumento, si sono radunati protestando vivamente per questa ripetuta svalutazione delle loro funzioni direttive, che si concreta ora perfino in un effettivo trattamento economico inferiore per alcuni dirigenti in confronto dei loro subordinati; e, riservandosi di prendere tutti quei povvedimenti che si riterranno opportuni a tutela della giusta valutazione delle loro prestazioni, nell'interesse stesso del buon andamento dell'amministrazione a cui sono preposti, denunciano alla pubblica opinione l'esiziale orientamento demagogico delle Autorità chiamate dalla legge alla tutela delle Opere pie ».

ATTI PARLAMENTARI.

I servizi santitari in sede di bilancio.

Nella relazione per il bilancio del ministero dell'interno, redatta dall'on. Peano, si discorre come segue dei servizi sanitari:

« I medici condotti e gli ufficiali sanitari comunali hanno assolto con zelo ed abnegazione

ed alti sensi di solidarietà umana, il gravoso loro compito quotidiano di difesa della salute pubblica, specie dei poveri. Nei momenti nei quali l'asprezza della lotta contro le epidemie si è accentuata, pubblico ed autorità hanno fatto maggiore assegnazione sull'opera sapiente e fattiva dei sanitari comunali; e questi hanno lodevolmente corrisposto alle speranze.

E' opportuno ricordare i provvedimenti che a favore di questa benemerita classe furono adottati dal Governo.

Come è noto, il decreto luogotenenziale 10 febbraio 1918, n. 107, con cui furono aumentati del 10, del 15 e del 30 per cento gli stipendi degli impiegati governativi, dispose nell'articolo 8 che i comuni potessero assegnare agli impiegati dipendenti, compresi naturalmente i medici e veterinari condotti e gli ufficiali sanitari, aumenti di stipendio in misura non superiore a quella per gli impiegati dello Stato; ed a tal'uopo autorizzò detti enti a procurarsi i mezzi necessari mediante inasprimento di tributi locali o contrattazione di mutui.

Poichè il provvedimento però aveva carattere facoltativo, non tutti i comuni lo adottarono, e quindi soltanto un certo numero di sanitari comunali potette beneficiare di detti aumenti.

Col decreto luogotenenziale 9 marzo 1919, numero 338, si fece obbligo ai comuni di assegnare ai propri dipendenti, con decorrenza dal 1° gennaio di detto anno e fino a tutto l'esercizio finanziario successivo a quello in cui sarà pubblicata la pace, una indennità caro-viveri nella stessa misura di quella concessa agli impiegati governativi con decreto luogotenenziale 14 settembe 1918, n. 1314. In tal modo fu assicurato a tutti i sanitari comunali il beneficio di detto aumento.

Ma, la Direzione generale di Sanità non ha mancato di tenere presenti le speciali esigenze della classe sanitaria, e non ha perduta alcuna occasione per raccomandare l'esercizio delle facoltà spettanti alla Giunta provinciale amministrativa per virtù dell'articolo 26 del vigente testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, di aumetare, anche di ufficio, le retribuzioni dei sanitari per assicurare la regolarità del servizio.

A tale scopo, con circolari 30 e 31 luglio 1919, si invitarono esplicitamente i prefetti ad interporre i loro uffici tra le Amministrazioni comunali ed i sanitari da esse dipendenti, favorendo opportuni contatti per concretare e rendere agevole una equa sistemazione delle condizioni economiche di detto benemerito personale, raccomandando, in caso di ingiustificata resistenza da parte dei comuni, l'intervento di ufficio della Giunta provinciale amministrativa, a termine del citato articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie. E poichè in detto articolo, che ha carattere permanente, non è fissato, nè poteva esserlo, alcun termine, con circolare telegrafica dell'8 dicembre 1919, n. 34896, si stabilì che qualora per il 31 gennaio corrente le Amministrazioni interessate non abbiano adottati i provvedimenti necessari per la sistemazione del sevizio sanitario, sia dal punto di vista dei miglioramenti al personale, sia da quello di una migliore organizzazione del servizio, vi dovranno « procedere senza altro entro un mese dalla scadenza di detto termine, le Giunte provinciali amministrative ».

In tal modo la sistemazione del personale sanitario dei comuni potrà essere raggiunto negli stessi limiti stabiliti per gli altri impiegati comunali.

Inoltre, con circolare 26 agosto 1919, accogliendo un voto ripetutamente manifestato dalla classe sanitaria, la Direzione generale della sanità dispose che i prefetti invitassero i Comuni ad addivenire, entro un congruo termine, all'abolizione delle condotte piene, mediante opportune modifiche ai relativi capitolati, salvo, in caso di oscitanza delle Amministrazioni comunali, l'intervento di ufficio della Giunta provinciale amministrativa a norma dell'art. 220 della legge comunale e provinciale. In detta circolare trovasi per la prima volta accolto in un documento ufficiale il concetto essenzialmente democratico che solamente l'assistenza sanitaria ai poveri costituisce un bisogno di natura collettiva ed ha virtù di conferire al relativo servizio il carattere economico e giuridico di servizio pubblico.

Con successiva circolare 1 gennaio corrente numero 204000-2-G la Direzione generale di sanità ha provveduto all'abolizione delle condotte veterinarie piene, chiarendo che l'istituto della condotta veterinaria ha per scopo e contenuto la vigilanza zooiatrica e che la cura gratuita del patrimonio zootecnico degli abbienti non costituisce in alcun modo un bisogno di natura collettiva.

Con il complesso dei provvedimenti brevemente riassunti, la Direzione generale di sanità ha mostrato di sapersi fare interprete delle profonde esigenze dell'attuale momento, che impongono uno studio accurato delle questioni, ma, insieme con esso, un consapevole ardimento di ogni utile riforma.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione statale contro le malattie (*).

Forma mista e forma completa dell'obbligatorietà.

L'obbligatorietà comporta due forme principali.

Secondo una di esse, agli assicurandi si lascia la libertà di associarsi nella maniera che meglio credono per la tutela dei loro interessi: in altri termini, si addiviene all'assicurazione obbligatoria, ma *con facoltà di sceglierne i mezzi*. È questa la forma detta *mista*, in quanto che l'obbligatorietà viene ad essere temperata, entro certi limiti, dalla libera scelta dell'istituto assicuratore e delle modalità dell'assicurazione. Lo Stato si limita ad esercitare un compito di sorveglianza e di tutela, che può anche essere molto rigorosa. Troviamo l'esempio tipico di questa modalità in Germania.

L'altra forma consiste nel rendere obbligatoria non soltanto l'assicurazione, ma anche l'Istituto assicuratore, il quale assume carattere statale. È questa la così detta obbligatorietà *completa* od *universale*.

(*) Vedi articolo precedente, fasc. 21-22, p. 599.

Pur valendosi entro larghi limiti delle istituzioni locali — casse o società mutue — già esistenti o che venissero a sorgere, pur riconoscendo loro una larga autonomia amministrativa, esse vengono però spogliate delle attribuzioni tecniche; vengono normalizzate ed assoggettate a statuti omogenei, coordinate tra loro e poste sotto il controllo e la direzione di organi superiori e per tal via centralizzate in un solo istituto che estende la sua giurisdizione all'intero Stato od a vaste regioni, con regime di monopolio. Questo ordinamento vige in Inghilterra.

Vantaggi e svantaggi delle due forme.

La forma mista presenta il vantaggio di un'organizzazione più elastica, che consente maggiore ampiezza negli scopi e nel procedimento, che lascia maggiore libertà all'iniziativa degli associati, che utilizza e sfrutta i servizi di istituzioni diverse, già cimentate dalla prova dell'esperienza. Facilita anche lo sviluppo di forme nuove di previdenza e stimola l'emulazione. È però di minore efficacia, per l'inevitabile maggiore debolezza economica dei singoli istituti assicuratori, per la poca stabilità della permanenza degli iscritti, per la vigilanza sanitaria ed amministrativa resa più difficile, complicata e costosa in ragione stessa della molteplicità e varietà degli istituti su cui si esercita. Non permette la costituzione di fondi centrali ingenti, che possano essere devoluti a finalità profilattiche organiche e coordinate in tutto il Paese. Dà luogo a sperperi che sfuggono al controllo.

Gl'inconvenienti d'ordine amministrativo si aggravano nelle assicurazioni più importanti, per es. nei casi di malattie incurabili e di morte, come pure in circostanze straordinarie, per es. in seguito a morbosità elevata che porti ad esaurire i fondi (epidemie): essi divengono tali da far perdere all'assicurazione molti dei suoi vantaggi. Vi si rimedia solo in parte imponendo contributi straordinari agli assicurati, ai datori di lavoro e agli enti locali, o mediante sovvenzioni statali, o riducendo le spese, o promovendo la federazione delle casse e la riassicurazione; ma con ciò si complica e si rende meno agile la gestione, si provocano controversie e resistenze passive.

L'assistenza sanitaria e altri servizi tecnici vengono ad essere quasi inevitabilmente regolati da persone incolte od almeno impreparate, le quali si conformano a criteri angusti, meschini, parziali, dimostrandosi impari al loro mandato.

La dipendenza immediata del medico da incompetenti e ignoranti, che lo umiliano, lo tiranneggiano, ne ostacolano il compito e per lo più sono ostinatamente contrari ad ogni spirito di liberalità e di progresso, tende ad atrofizzare in lui le migliori attitudini professionali, scientifiche e morali, per piegarlo e ridurlo ai meno dignitosi adattamenti. Il disagio del corpo sanitario si ripercuote su tutto il funzionamento delle assicurazioni.

Per i motivi enunziati la maggior parte degli economisti conviene ormai nel riconoscere che è preferibile, sotto ogni riguardo, l'altro sistema, organico ed uniforme quanto più è possibile, stabilito in modo che funzioni automaticamente, che abbia azione immediata e continua, che possa affrontare tutte le eventualità, che permetta di costituire dei fondi di riserva ingenti, cui attingere non solo per assicurare un andamento regolare dei servizi, ma anche per provvedere a finalità profilattiche remote, le quali debbono costituire uno degli obbiettivi principali delle assicurazioni sociali; che possa, inoltre, disciplinare il funzionamento dei servizi specializzati, particolarmente di quelli sanitari, secondo direttive dettate dagli interessi generali e con la cooperazione di competenti; infine, che alla grande funzione pubblica dell'assicurazione statale imprima un indirizzo definito, normalizzandone e semplificandone il meccanismo, coordinando tra loro gli organi periferici e unificandoli, attraverso uffici sovrapposti, in un solo Istituto.

Poichè, come osserva Nitti, l'assicurazione per sua natura conduce, in modo fatale, al concentramento.

Il problema è così vasto ed assume tale importanza, che per risolverlo occorre esaminarlo nei suoi elementi concreti, valendosi della prova fatta in altri paesi od in altri campi.

L'ordinamento germanico.

Vediamo, ad esempio, come si è proceduto in Germania.

È stata resa facoltativa l'opzione fra le casse generali create appositamente, e le casse locali di mutuo soccorso dei più diversi tipi che già esistevano prima dell'assicurazione obbligatoria e che furono riconosciute. — Tutti questi piccoli e numerosi istituti sono assoggettati ad una tutela governativa stretta e rigorosa, che si esercita per mezzo di un Ufficio generale (già imperiale), di Uffici superiori (talvolta uno solo per interi Stati federati, corrispondenti in qualche modo alle nostre regioni) e distrettuali (i distretti amministrativi corrispondono incirca a provincie o circondari).

Lo Stato detta le regole per il loro funzionamento, concede sovvenzioni, li fa ispezionare; ma la gestione amministrativa e tecnica viene lasciata in primo grado alle casse medesime, che

la esercitano per mezzo di un Direttorato (composto di assicurati e datori di lavoro).

Le Casse, dunque, restano autonome; sono esse che amministrano tutti i fondi, compresi quelli per i servizi sanitari; sono esse che stipulano i contratti con i medici, con i farmacisti con gli ospedali, ecc.

Siccome sono deboli, per sostenere spese straordinarie (in casi di alta morbosità, per provvedere a ospedali, sanatori, convalescenziari, ecc.) è consentito loro d'imporre contributi straordinari, di ridurre le spese, di confederarsi, ecc.: ne derivano i vari inconvenienti già segnalati.

Per ragioni di economia, queste Casse generalmente sono poco libere nella scelta dei medici; a causa della grettezza con cui li trattano, esse ingenerano uno stato di scontento, così negli assicurati, che non apprezzano il «medico di cassa» e che difficilmente se ne appagano, come nella professione medica, in cui lo stato di tensione e di malcontento si traduce spesso in attriti, in reazioni e in litigi, che si acuiscono fino a provocare diffide, boicottaggi e scioperi: tal quale come avviene nei nostri comuni.

I medesimi inconvenienti si ripetono in Austria ed Ungheria; essi compromettono l'efficienza dei servizi tecnici e in specie del servizio sanitario.

L'ordinamento inglese.

In Inghilterra si è provveduto molto meglio.

L'organizzazione è molto liberale e democratica, in quanto che viene riconosciuto alle società mutue il principio di un'autonomia amministrativa quasi completa (self-government): siamo in presenza di un esempio di democrazia sociale. Le mutue hanno bilanci autonomi: esse provvedono direttamente a pagare agli inscritti le sovvenzioni di malattia, d'invalidità e di maternità; al tempo stesso, vengono però sottratti alle mutue i servizi tecnici di statistica, di assistenza sanitaria, di propaganda igienica, per i provvedimenti profilattici, ecc., nonchè l'amministrazione relativa: questi servizi complessi e delicati sono devoluti ai comitati di contea (o di collegio elettorale), in cui sono rappresentate l'autorità centrale, l'autorità locale, i medici, gli assicurati, ecc.

I medici dipedono non già dalle mutue, ma da questi comitati, che amministrano anche i fondi sanitari, in modo da consentire agli assicurati la scelta dei medici volontariamente inscritti in una lista registrata (panel).

I comitati di contea inoltre raccolgono e amministrano direttamente gli assicurati liberi, cioè quelli che non fanno parte di mutue, pel tramite degli uffici postali.

Possono essere autorizzati a superare le spese sanitarie preventivate, nel qual caso il disavanzo viene colmato per metà dallo Stato e per metà della contea, sui fondi per l'igiene pubblica. Se in un distretto la morbosità risulta troppo elevata per difetto d'igiene, possono anche imporre contributi straordinari agli assicurati ed agli enti locali.

Al disopra dei comitati di contea sta l'autorità centrale, detenuta da commissari nominati dal Ministero della Sanità. Essa ha compiti non solo ispettivi e di sorveglianza, come in Germania, ma esecutivi; può anche provocare provvedimenti di legge. Unicamente ad essa è deferita l'esazione dei tributi, e vi provvede per mezzo di marche, vendute negli uffici postali e che vengono acquistate dai datori di lavoro e dagli assicurati ed apposte su speciali libretti. Essa cura la raccolta di tutti i fondi e la loro ripartizione. Regola la misura e le modalità dei compensi ai sanitari. È un organo vivo, centro di tutte le attività che disciplinano l'assicurazione.

L'autorità centrale e i comitati di contea sono costeggiati e sorretti da una serie di comitati e sottocomitati speciali e misti, che complicano i servizi ma ne accrescono le garanzie.

I servizi sanitari vengono ad essere organizzati in modo molto più uniforme e più efficiente che in Germania. Non sono mancate, certo, le recriminazioni, le discussioni e le lotte per conseguire il riconoscimento di diritti e per conquistare compensi convenienti; ma le campagne sono state condotte sempre con dignità, su vasta scala, non già spezzettate in numerosi e meschini episodi, e non hanno mai lasciato strascichi spiacevoli.

Aggiungiamo ancora che l'accentramento dell'assicurazione statale contro le malattie, l'invalidita e la vecchiaia nell'ambito del Ministero della sanità, consente un'utilissima coordinazione tra i vari servizi sanitari di Stato.

Il progetto elaborato dalla Commissione ministeriale.

In seno alla Commissione nominata in Italia, dal Ministero dell'industria, era prevalso dapprincipio il concetto di assegnare il difficile compito dell'assistenza sanitaria alle casse locali, sull'esempio della Germania.

Sfogliando gli atti delle prime sedute troviamo infatti dichiarazioni così concepite: «La cassa mutua, vero organo assicuratore, deve proporsi l'assistenza medica e farmaceutica, ecc.» (Toja); «L'assistenza medica, affidata alle mutue, avrà il grande vantaggio che, per il reciproco controllo, si avrà una minore durata delle malattie ed una economia di spesa» (Gobbi); «Le mutue possono realizzare un'assistenza specifica, minuta, un controllo locale delle malattie, che serve ad evitare il gravissimo inconveniente che ma-

lattie false e non controllate rappresentano sul costo dell'assicurazione » (Valente); ecc.

La sottocommissione che ha preparato il progetto di legge, si è conformata, però, a direttive diverse. Difatti nelle relazioni che hanno accompagnato ed illustrato il progetto, attraverso le sue varie fasi, troviamo queste altre affermazioni: « La funzione del medico fiduciario assume la più alta importanza per la vita dell'assicurazione e *non può essere abbandonata all'anarchia delle iniziative locali,* ma deve essere codificata... »; « Dobbiamo rilevare la necessità che l'assistenza medica, farmaceutica e ospedaliera procedano in modo uniforme, *indipendentemente cioè dalle particolari disposizioni delle casse,* e, che siano invece *regolate da Enti con più vasta giurisdizione,* ad esempio dagli Istituti di previdenza sociale. Le casse particolari non possono avere una visione chiara dei problemi d'insieme ».

In una relazione di minoranza (del Lusignoli) si propone di andare ancora oltre e d'istituire degli organi *regionali* per l'assistenza sanitaria; ma per ora ci sembra intempestivo discuterne.

Nel progetto accolto dalla maggioranza della commissione si lasciano in vita le casse mutue; accanto ad esse s'istituiscono le casse comunali o intercomunali (mancano in Inghilterra) per i membri non iscritti alle mutue; le une e le altre provvedono all'amministrazione dei fondi per i sussidi di malattia; viene loro consentita la facoltà di allearsi in federazioni e di riassicurarsi presso la Cassa nazionale.

I servizi sanitari sono devoluti invece agli Istituti provinciali di previdenza sociale, in cui sono rappresentati il Governo, i Comuni, le Provincie, le istituzioni di beneficenza, gli Ordini dei medici, i medici delle assicurazioni, ecc.: in altri termini, sono retti da un corpo tecnico, al quale vengono affidati anche gli altri compiti specializzati, di statistica demografica, di propaganda igienica, di vigilanza e controllo sulle casse locali, di collegamento di queste tra loro e con la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, che sopravvede a tutti i servizi, li dirige e li unifica.

La gestione del servizio sanitario da parte degli Istituti provinciali — ciò che equivale alla *provincializzazione* del servizio sanitario delle assicurazioni — offre ogni garanzia di serietà e di equanimità.

D'altra parte, siccome il progetto prevede la creazione di posti semi-residenziali, si rende manifesta la possibilità di una carriera, per i medici che li coprono, nella giurisdizione di ogni Istituto, con passaggio dalle sedi meno ambite a quelle più ricercate. Ne deriva l'incentivo all'emulazione ed al perfezionamento, con vantaggio morale e materiale della classe.

Circa il controllo locale sui malati da parte dei soci delle mutue, va notato che un controllo tecnico esula dalla capacità dei soci e che l'incitamento a compiere un controllo *grosso modo* si riduce o scompare addivenendo alla riassicurazione delle casse, poichè si elimina il rischio dell'esaurimento dei fondi da eccessiva morbosità. Dunque il presunto controllo in gran parte sarebbe stato illusorio: non si perde nulla a rinunziarvi.

Proposte della Confederazione generale del Lavoro.

Si credeva che questo progetto della Commissione ministeriale dovesse, nelle linee generali, raccogliere l'unanimità dei consensi; una importante conquista pareva prossima a realizzarsi per la famiglia medica, grazie alla provincializzazione dei servizi sanitari; allorchè è sopraggiunto il Congresso della Confederazione generale del Lavoro, il quale ha chiesto che quasi tutte le attribuzioni assegnate dal progetto agli Istituti provinciali siano tolte a questi ultimi, per demandarle alle casse locali: in particolare che siano affidati alle casse i servizi sanitari e la nomina dei medici fiduciari.

Un grave pericolo viene così a disegnarsi.

Se questi concetti dovessero finire per prevalere, il medico condotto si svincolerebbe dal comune per lasciarsi irretire tra le beghe delle mutue; anzichè essere alla mercè del sindaco, dovrebbe fare i conti col presidente... beccaio o ciabattino; correrebbe il rischio di dover logorare la sua attività in dispute e in conflitti snervanti, di dover locare le sue prestazioni con appalti ingenerosi se non iniqui, poichè le Mutue disporrebbero dei mezzi e manifesterebbero la decisa intenzione di iugulare il medico peggio ancora nei comuni, come hanno sempre fatto e come vediamo avvenire in Germania ed in Austria; si fomenterebbero il malessere, il malcontento, l'irrequietezza del corpo sanitario; se ne accrescerebbe il disagio economico e morale.

Prospettiamo il pericolo perchè venga scongiurato. Occorre vincere le difficoltà create dalle organizzazioni operaie, le quali vorrebbero che il servizio medico fosse gestito direttamente dalle classi meno colte, per mezzo delle Mutue. Occorre adoperarsi perchè il servizio medico passi invece a far parte di un Corpo superiore, costituito da persone competenti e colte se non tutte tecniche, che sappiano riconoscere e valutare le speciali e impellenti necessità del servizio e ne secondino l'incremento.

Esclusione delle Mutue.

Mentre le organizzazioni operaie si adoperano per consolidare le mutue e costituirne l'organo principale delle assicurazioni, è stata avanzata

una proposta inversa, quella di escluderle del tutto.

Il riconoscimento delle mutue quali organi periferici, anche riducendone di molto gli attributi, è incompatibile con le concezioni accentratrici della nostra burocrazia, è uno dei punti più ostici ai funzionari delle due Casse nazionali e dei Ministeri interessati.

Così ci si spiega perchè il Governo si sia lasciato indurre a modificare il progetto della Commissione ministeriale, nel senso di togliere del tutto alle mutue la facoltà di funzionare da casse-ammalati delle assicurazioni statali (a quanto riferiva D'Aragona al Congresso della Confederazione del Lavoro).

In questo modo si cadrebbe nell'eccesso contrario a quello cui tendono le organizzazioni operaie: si eliminerebbe un organo utilissimo di decentramento, si rinunzierebbe a forze fattive, non si darebbe un premio e un incoraggiamento alla previdenza libera.

Qualcosa del genere troviamo in Olanda, ove l'assicurazione statale contro le malattie costituisce un'organizzazione del tutto indipendente dalle mutue. Per altro, essa provvede ai soli sussidi di malattia, mentre lascia alle mutue il compito di adempiere, in modo autonomo, all'assistenza sanitaria, integrando così l'assicurazione statale: proprio il contrario di quanto abbiamo dimostrato desiderabile per un buon andamento del servizio sanitario. In Olanda le mutue restano dunque, in qualche modo, eliminate o disconosciute dall'assicurazione statale, estranee ad essa.

L'Olanda ha portato così agli estremi l'accentramento che vige in Inghilterra; ma escludendone i servizi sanitari.

Abolizione degli organi centrali.

Viceversa la Russia ci offre un esempio di decentramento molto maggiore di quello che vige in Germania. Crediamo utile di accennare anche a questa modalità; essa vale a darci un'idea degli estremi cui si può giungere seguendo tale direttiva.

L'obbligo dell'assicurazione è fatto solo ai proprietari (di certe aziende), a favore dei loro operai. Le Casse malattie sono enti giuridici del tutto indipendenti, retti da statuti propri a ciascuna di esse, preparati dagli industriali singoli o consociati, salvo l'approvazione delle autorità. Sono gestite da industriali e operai; se i fondi non bastano, si aumentano i contributi o si riducono le spese obbligatorie; è anche ammessa la riassicurazione e la consociazione per tutti gli impegni assunti o per una parte. Le Casse, singolarmente o consociate, organizzano l'assistenza sanitaria; possono mantenere ambulatori, ospedali, convalescenziari, maternità, ecc. o venire ad intesa con le amministrazioni comunali o con gli ospedali pubblici o privati per l'assistenza ai loro soci.

Si tratta di una forma mista, ma la facoltà di scegliere o costituire le Casse è lasciata agli industriali.

Su direttive del genere è organizzata in molti paesi l'assicurazione statale contro gl'infortuni, la quale è sempre a carico degli industriali.

Così in Italia questi sono liberi di eleggere tra la consociazione dei sindacati (vere società di mutua assistenza), l'iscrizione in compagnie private (le quali a loro volta sono libere di stabilire i rischi da assicurare), l'iscrizione presso la Cassa nazionale infortuni (la quale deve sostenere una lotta con gl'istituti concorrenti), oppure l'assunzione diretta del rischio (per le grandi aziende).

È superfluo rilevare tutti gli inconvenienti che derivano da tale sistema; diremo solo che gli operai reputano legittime le frodi, perchè le spese dell'assicurazione sono per intero a carico dei proprietari; che la molteplicità degli organi assicurativi fa accrescere le spese generali e rende necessario di accantonare ingentissime riserve; che tutte queste cause concorrono a mantenere alti i premi. L'unificazione e l'accentramento in un solo Istituto nazionale eviterebbe che fossero sottratti ad esso le più efficaci risorse e spianerebbe la via alla fusione con altre assicurazioni.

Rissumendo, sono possibili molte modalità per l'attuazione e per l'assestamento dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie: forme complete e temperate o miste, accentrate e decentrate di vario grado. Crediamo di aver dimostrato che conviene dare ogni preferenza alla forma completa, sulle seguenti basi: mantenere in vita le mutue e favorirne lo sviluppo; assegnare una larga autonomia amministrativa agli organi periferici; affidare i servizi sanitari e tecnici ad organi intermedi; accentrare l'organizzazione in un istituto nazionale. Si seguirebbe così, nelle linee generali, il sistema inglese, cui si conforma anche il progetto concretato dalla commissione ministeriale italiana.

Istituto governativo o Istituto autonomo?

Nell'ambito dell'obbligatorietà completa quale noi la vagheggiamo, l'istituto assicuratore può essere gestito direttamente dallo Stato ovvero può promanarne, ma restandone indipendente.

Esaminiamo queste due possibilità.

L'assorbimento da parte del Governo viene a costituire un monopolio fiscale che, al solito, avrebbe per conseguenza d'intralciare o soffocare l'istituzione (è quanto accade, a titolo di esempio, per il servizio postale, che diviene sempre più

oberoso per il pubblico ed al tempo stesso sempre meno efficiente e meno sicuro). Basti pensare che lo Stato potrebbe essere tentato a stornare i fondi o ad aumentare i premi per moltiplicare i proventi da devolvere a scopi estranei all'assicurazione (per es. a colmare i deficit del bilancio). Inoltre l'assunzione diretta da parte dello Stato convertirebbe in una semplice ruota amministrativa ciò che dovrebbe costituire un'organizzazione viva, capace di tutti gli adattamenti e di tutti i progressi. Verrebbe a privare l'istituto della principale garanzia di efficacia e di perfettibilità futura, l'autonomia.

È dunque preferibile di rinunziare a questa forma di statolatria e di fare che l'Istituto provveda *da sè* alla gestione, sotto il controllo e la direzione dello Stato ma senza l'ingerenza immediata e diretta di questo nelle operazioni correnti di assicurazione; lo Stato si riseverebbe soltanto la funzione superiore di organizzatore e di tutore; d'altra parte esso concorrerebbe ad alimentare i fondi con i proprj contributi, che varrebbero ad accrescere e consolidare i benefizi.

Presso di noi già esiste un Istituto autonomo, posto sotto la tutela delo Stato, la Cassa nazionale di previdenza, già trasformata dal decreto-legge 21 aprile 1919 n. 603 in Cassa nazionale delle assicurazioni sociali; secondo le direttive dello stesso decreto, basterà di ampliarla, estendendone i compiti all'assicurazione contro le malattie.

Probabilmente essa finirà per inglobare anche l'assicurazione contro gl'infortuni: è destinata così a diventare l'organo grandioso delle assicurazioni sociali globali. Il funzionamento delle assicurazioni risulterà per tal modo non solo unificato, ma semplificato, il che renderà più omogeneo e più agevole anche il servizio sanitario.

Il disegno di legge della commissione ministerale e la relazione definitiva che lo correda, fissano le linee di tutta questa evoluzione. La classe medica deve plauso e gratitudine alla commissione che ha compiuto uno studio così diligente e perfetto, il quale risponde a tutti i *desiderata*: particolarmente al Gobbi, che lo ha concretato, ed al Toja, che lo ha sussidiato di elementi tecnici. Crediamo di poterne dissentire solo in alcuni particolari: è quanto ci proponiamo di vedere un'altra volta. L. VERNEY.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8289) *Nomina ad ufficiale sanitario senza concorso.* — Dott. C. A. G. da A. I. Essendosi dimesso dalla carica di medico condotto potrebbe aspirare alla nomina ad ufficiale sanitario senza concorso ai termini dello articolo 206 della legge sanitaria. Alla domanda potrà allegare tutti i titoli che possiede comprese le varie nomine per lo passato ottenute ed eventualmente scritti pubblicati in materia di igiene.

(8291) *Licenziamento del medico condotto stabile per soppressione di posto.* — Dott. C. Q. da A. La soppressione di una condotta è considerata come causa di forza maggiore che giustifica il licenziamento anche di un medico stabile. Volendo, però, ricorrere contro la relativa deliberazione comunale, devesi udire la G. P. A. che giudicherà dopo avere inteso il Consiglio Provinciale sanitario.

(8292) *Sessennio.* — Dott. P. C. da M. Il biennio trascorso come interino non è calcolato nel periodo di tempo necessario per lo acquisto del diritto al sessennio. Il periodo di tempo passato sotto le armi, viceversa, è calcolato se, però, era già titolare effettivo della condotta.

(8293) *Prestazione professionale - Pensioni.* — Dott. L. R. da F. A. Per la prestazione professionale fatta in zona diversa della sua condotta può rivolgersi al sindaco per ottenere un compenso. Durante il servizio militare il comune è tenuto ad anticipare il contributo di spettanza del sanitario, salvo rivalsa sugli stipendi o, in mancanza, sulle prime quote di pensione. Per avere notizia dei pagamenti eseguiti potrà rivolgersi all'ufficio sanitario provinciale.

(8294) *Anni di servizio per la pensione.* — Dottor C. R. da O. P. Gli anni di servizio cui allude non si possono riscattare agli effetti della pensione.

(8295) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. D. N. da B. Noi abbiamo sempre ritenuto in base alla dicitura dell'articolo 3° del D. L. 14 settembre 1918 n. 1314 che i figli maggiorenni potessero essere inclusi nel numero dei tre che danno diritto alla indennità complementare purchè a carico della famiglia. Si intende che se fossero ammogliati ed impiegati ne dovessero essere esclusi.

(8296) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. F. di T. P. La risposta negativa circa la doppia indennità caro-viveri datale dal R. Commissario è conforme ai più recent criterii interpretativi del D. L. 9 marzo 1919 n. 338. Allorchè un sanitario presta servizio presso più enti pubblici locali ha diritto ad una sola indennità caro-viveri, ripartibile fra ciascuno di essi in proporzione degli stipendi che rispettivamente corrispondono.

(8297) *Quesiti di ricchezza mobile.* — Dott. A. B. da R. Ai quesiti di R. M. da lei formulati rispondiamo: 1° No; 2° Si paga sullo stipendio e su tutti gli altri assegni; 3° Da tutti indistintamente gli impiegati e salariati; 4° Si è di lire 800. La misura è del 7,50 % per gli assegni che non superano le lire 2000 e del 8,65 % per gli altri; 5° Il caro-viveri è anche tassabile come anche il compenso per il servizio a scavalco; 6° Si prescrive dopo 5 anni anche per il Comune.

(8298) *Riduzione delle condotte.* — Dott. F. M. da B. Il consiglio comunale può, con l'approvazione del consiglio provinciale di sanità, ridurre il numero delle condotte quando esso sia superiore a quello che necessita per i bisogni della popolazione. Verificandosi la soppressione può essere licenziato anche un medico stabile prchè essa viene considerata come caso di forza maggiore, che ineluttabilmente si impone.

Il medico colpito non può reclamare contro la soppresisone, ma bensì reclamare contro il licenziamento alla G. P. A. Il caro-viveri non è dato in relazione e proporzionalmente allo stipendio ma bensì in somma fissa, che è di lire 100 per coloro che sono ammogliati e di lire 65 per coloro che sono celibi, oltre una indennità supplementare in ragione di cent. 85 per ogni figlio esclusi i primi tre. Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BRESCIA. — Concorso per le condotte mediche delle frazioni Mompiano, Fornaci, Urago, Mella e Volta. Stip. L. 6000, aumentabile del 10 % ad ogni triennio di servizio e per otto trienni. Per ogni povero in più di mille è fissato il compenso di L. 2. È inoltre corrisposto un assegno annuo di L. 500 per indennità d'ambulatorio e di L. 1500 per mezzo di trasporto. Ai detti assegni è aggiunta l'indennità caro-viveri. Scad. 30 giugno.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Condotta residenziale; L. 6000 lorde, quattro quinquenni del decimo, L. 1200 per caro-viveri, L. 100 quale uff. san., L. 2000 per cavalc., ecc. Chiedere l'annunzio. Scad. 30 giugno. Assunz. servizio entro 20 giorni.

GENOVA. *Ospedali civili*. — 4 primari medici, 1 chirurgo, 1 ostetrico-ginecologico, 1 pediatra. L. 6000. Laurea da almeno 6 anni. Pubblicazioni in 5 esemplari. *Curriculum vitae*. Chiedere l'annunzio alla Segreteria (via Balilla, 1). Scad. ore 16 del 12 luglio.

Medico chirurgo quarantenne cerca posto nella Svizzera in località prossima al confine. Dirigersi al dott. F. G. C., fermo posta Foggia.

VENEZIA. *R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti*:

Premio di fondazione Balbi-Valier, di L. 6000, all'italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1920-1921 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio. Scadenza 31 dicembre 1921.

Premio di fondazione Angelo Minich, di lire 10.000, pel triennio 1919-1921; tema: Portare un notevole nuovo contributo alla fisiologia dei vasi sanguiferi. Scadenza 31 dicembre 1921.

Premio Angelo Minich, pel triennio 1920-1922, di L. 15.000. Concorso riservato a cittadini italiani, per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati.

L'importo della tassa di R. M. è a carico dei premiati.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il dott. Enrico Secreti è stato recentemente insignito della commenda, per meriti professionali. Vivi rallegramenti al nostro egregio amico.

Il prof. Davide Giordano, chirurgo primario all'Ospedale civile di Venezia, venne nominato socio della Società Francese di urologia.

ALBO D'ORO.

È stata conferita la medaglia d'argento al valore al dott. Boragno G. Evaristo da Montevideo (Uruguay), tenente medico, con la seguente motivazione: « Trovandosi presso il posto di medicazione provvisorio del suo battaglione con tre soli portaferiti disarmati, con prontezza e coraggio mirabile affrontava un gruppo di più di 20 nemici, completamente armati e che avanzavano a baionetta innastata, ed intimando loro energicamente la resa, li faceva tutti prigionieri ». Croce (Piave) 23 giugno 1918.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso della Società internazionale di chirurgia.

Il V Congresso della *Société internationale de chirurgie* si terrà a Parigi dal 19 al 23 luglio prossimo. Il comitato internazionale ha fissato provvisoriamente i seguenti temi di relazioni:

Chirurgia cardio-vascolare: *a*) chirurgia del cuore: relatore Tuffier di Parigi; *b*) chirurgia del cuore e dei grossi vasi: relatore Alessandri di Roma;

Radiologia chirurgica: il trattamento dei tumori coi raggi X e col radium: relatori Régaud di Parigi, Mioni di Roma e N. S. Finzi di Londra;

Ematologia chirurgica: analisi del sangue e delle reazioni biologiche nelle affezioni chirurgiche: relatori A. Depage e Goodvaerts di Bruxelles;

Fratture della coscia: relatori Patel di Lione e Maurice Sinclair di Fairpont;

Profilassi e trattamento del tetano: relatori Donati di Modena e Cummins di Londra.

Alla chiusura del congresso si farà un'escursione di una settimana sui campi di battaglia della Francia e delle Fiandre.

La Segreteria generale è a Bruxelles, 72, rue de la Loi, D. L. Mayer.

Il Comitato italiano è costituito del sig. Giordano di Venezia, delegato, e dei prof. Alessandri e Bastianelli di Roma.

Per gli ufficiali medici del corpo sanitario militare caduti in guerra.

Il congresso di Idrologia riunitosi testè a Monaco, nella sua ultima seduta, su proposta del ten. colonn. medico Cervelli comm. dott. Angelo, rappresentante del Ministero della guerra, ha votato il seguente ordine del giorno: « Il Congresso prima di sciogliersi è lieto di esprimere le sue felicitazioni ai medici delle Nazioni allea. che hanno compiuto il loro dovere durante la guerra. Esprime le sue commosse condoglianze per i lutti che hanno colpito il Corpo Sanitario, e la sua ammirazione per coloro che hanno avuto la gloria di dare la vita alla Patria ».

Il ministro della guerra on. Bonomi dispose che detto ordine del giorno fosse portato a conoscenza di tutte le autorità Sanitarie Militari dipendenti e delle famiglie dei medici militari morti in guerra, a mezzo delle autorità stesse, aggiungendo che il ministro si associa all'attestazione di compianto e di riconoscenza.

Una conferenza.

Nel salone del Circolo marchigiano di Roma, dinanzi ad un pubblico numerosissimo, il prof. Mingazzini, ha tenuto una conferenza sulla *neurastenia*.

Egli sostenne che le cause della crescente malattia risiedono nelle continue emozioni, nell'abuso dell'alcool e della nicotina, nell'alimentazione incongrua, negli eccessi sessuali, nel morfinismo e nel cocainismo, lamentando l'indifferenza del Governo dinanzi al dilagare di una tale nevrosi. Aggiunse che oggi una causa nuova interviene nello stabilirsi della nevrastenia, ossia l'*ozio*. Egli dimostrò come il lavoro non abbia

mai logorato l'organismo; in questi ultimi tempi e per i continui scioperi e per le numerose feste e per la diminuzione delle ore di lavoro, l'organismo lavora meno del normale: così gli organi perdono la loro attività funzionale e per necessaria conseguenza decadono.

Per l'industria dei preparati farmaceutici mediante utilizzazione di piante medicinali ed aromatiche.

Con decreto-legge 1 febbraio 1920 n. 209, e con decreto del Ministero dell'industria 27 marzo 1920, è stato aperto un concorso a premi fra i privati e le società che, posteriormente al 10 marzo 1920 ed entro il 31 marzo 1921, avranno posto in esercizio nel territorio dello Stato nuovi stabilimenti o nuovi reparti in stabilimenti già esistenti per produrre, mediante utilizzazione di piante medicinali ed aromatiche, preparazioni farmaceutiche (estrazione e purificazione di principî attivi; estratti vari farmaceutici; estrazione di olii essenziali limitata, per quanto riguarda le essenze di agrumi, alla rettificazione).

Le domande di ammissione al concorso dovranno essere presentate entro il 15 aprile 1921 al Ministero per l'industria, il commercio ed il lavoro.

I premi sono in numero di quattro: uno di L. 40.000; uno di L. 10.000; due di L. 5.000 ciascuno.

Fondazione « Pier Diego Siccardi ».

Dal 1° luglio al 31 luglio 1920 resterà aperto un concorso a tre posti di medico praticante in Medicina del Lavoro, presso la clinica delle malattie professionali in Milano; vi saranno ammessi i laureati in medicina delle Università italiane dopo il 1° luglio 1919. I posti a concorso sono promossi: uno dalla Fondazione Siccardi (il cui statuto è già stato rimesso al Ministero della P. I. per la superiore sanzione), uno dal Ministero dell'Industria e Lavoro, uno dalla Società tra « Gli Amici della Clinica del Lavoro » tutti in omaggio del compianto prof. Siccardi e giudicati secondo il medesimo Statuto.

I vincitori avranno la nomina di *medici praticanti* e riceveranno, a rate, un assegno di L. 1800 per un anno, oltre un'eventuale premio di speciale profitto (medaglia d'oro). Le Borse avranno effetto col nuovo anno scolastico, ossia dal 1° novembre 1920.

Lotta antitubercolare in Provincia di Vicenza.

La Deputazione provinciale di Vicenza ha domandato al Ministero un mutuo di favore in lire 800 mila, senza interesse, da estinguersi in 50 anni, onde costruire un Istituto Climatico Sanatoriale antitubercolare, sugli Altipiani di Asiago, in vicinanza della pineta Magnaboschi.

Per l'Ospedale Maggiore di Milano.

Il Governo ha deliberato il sussidio di mezzo milione di lire per la sistemazione economica dell'Ospedale Maggiore di Milano.

La presidenza dell'Ospedale ha fatto sapere che il provvedimento non è ritenuto adeguato ai bisogni urgenti, poichè l'Ospedale era in *deficit* già al mese di aprile L. 1,750,000.

Ospedale per bambini « Paolina Ranieri » in Napoli.

Con l'intervento delle autorità e di spiccate personalità mediche venne inaugurato in Napoli l'Ospedale per bambini « Paolina Ranieri » dovuto sovratutto al principe di Pettoranello, soprintendente del Pio Monte della Misericordia; sorge nell'amenissima Villa Maltese a Capodimonte.

Beneficenza.

L'artista Gaby Des Sys, nota per la sua valentia nel canto e per le sue avventure, ha lasciato morendo tutta la sua sostanza, valutata in vari milioni, ai poveri di Marsiglia, sua città natale: la madre e la sorella godranno dell'usufrutto.

Nel giornalismo medico.

Ha cessato le pubblicazioni l'«Attualità medica» che raccoglieva memorie originali, conferenze, argomenti d'attualità e che era organo ufficiale dell'Ordine dei medici della provincia di Milano; verrà sostituita da un « Bollettino degli ordini dei medici » della Lombardia.

Il prof. ERNESTO SCHWALBE, direttore dell'Istituto di anatomia patologica di Rostock, è stato ucciso da un colpo di fucile durante i tragici conflitti svoltisi colà di recente.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 21 giugno 1920 Fasc. 25.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Nota sulla determinazione dello zucchero nel sangue.

Dott. S. SILVESTRI assistente e G. AIELLO allievo interno.

Per la determinazione dello zucchero nel sangue sono stati proposti numerosi metodi, molti dei quali però non hanno avuto in clinica facile applicazione per difficoltà tecniche di vario genere.

Dei metodi macrochimici ricordiamo quelli di Bang, di Schenck, di Michaelis e Rona, di Benedict, di Bertrand. Questi metodi però richiedono quantità di sangue che ne rende difficile l'uso in clinica, specialmente quando si debbono praticare determinazioni in serie e successive.

I metodi microchimici hanno il vantaggio che la ricerca può essere eseguita adoperando quantità minime di sangue: ricordiamo quello di Bang, e quelli colorimetrici di Lewis-Benedict, Epstein, Folin.

Il metodo microchimico di Bang, che ha avuto grande applicazione, presenta numerose difficoltà e molteplici cause di errore. La quantità di sangue adoperata è minima, 100 mgr., che si prelevano con cartine speciali da una semplice puntura: occorre l'uso della bilancia a torsione, le operazioni terminali devono essere condotte in ambiente di anidride carbonica.

I metodi colorimetrici di Lewis-Benedict, Myers-Bayley, Epstein, sono basati sulla riduzione ed opera del glucosio dell'acido picrico in acido picramico, e sulla comparazione per mezzo di un colorimetro con soluzioni titolate. Questi metodi presentano una causa di errore non trascurabile in dipendenza del fattore individuale che nel paragonare l'intesità del colore delle soluzioni in esame varia da osservatore ad osservatore. Inoltre tali metodi danno sicuramente cifre più alte di quelle trovate dagli AA. che adoperano metodi macrochimici, specialmente in condizioni patologiche.

Recentemente difatti Morgulis e Iahr hanno dimostrato che la presenza di creatinina influisce notevolmente nella intensità della colorazione, aumentando quindi i valori reali della glicemia. Secondo questi AA. se il metodo può essere usato nel sangue normale (nel quale la creatinina non supera i tre milligr. %) non dà però risultati esatti in condizioni patologiche, potendo la creatinina in molti stati morbosi raggiungere anche i 40 mgr. %.

Anche Folin recentemente ha dimostrato che i metodi al picrato sono soggetti a cause di errore, specialmente per la presenza di creatinina, ed ha proposto un nuovo metodo microchimico.

Ci riserviamo di ritornare sopra i metodi microchimici quando le nostre osservazioni comparative saranno più complete; ma crediamo utile intanto far conoscere il risultato delle nostre ricerche eseguite col metodo di Bertrand, che, con opportune modificazioni introdottevi, dà in clinica, risultati veramente precisi.

Il metodo di Bertrand è basato sulla trasformazione in solfato ferroso del solfato ferrico, trasformazione che si ha facendo agire sul solfato ferrico l'ossidulo di rame prodotto dalla riduzione del solfato di rame per opera del glucosio. Con una soluzione titolata di permanganato si riossida il solfato ferroso in ferrico, e quando l'ossidazione è completa avviene nel liquido un cambiamento di colore ben netto. Dalla quantità di permanganato impiegata si deduce quanto solfato ferroso è stato ossidato e quindi quanto ossidulo di rame ha agito sul solfato ferrico. Conoscendo la quantità dell'ossidulo di rame, si può calcolare la quantità di glucosio contenuta nel sangue in esame.

Ma questo metodo è applicabile solo nei casi in cui lo zucchero, nel campione in esame, si trovi in una quantità intermedia tra 10 e 100 mgr. Ora per avere nel sangue una quantità di 10 mgr. di zucchero in condizioni normali, e tenendo anche conto delle perdite subite durante la dealbuminazione, sarebbe necessario usare da 15 a 20 cc. di sangue. Quindi in clinica questo metodo non trova facile applicazione, specie dovendo eseguire comparativamente altre ricerche chimiche sul sangue, e ripetere le ricerche a brevi intervalli. Noi abbiamo superato queste difficoltà aggiungendo al filtrato del sangue dealbuminato 10 mgr. di glucosio, secondo quanto già aveva praticato Weil per lo studio dello zucchero nel liquido cefalo-rachidiano.

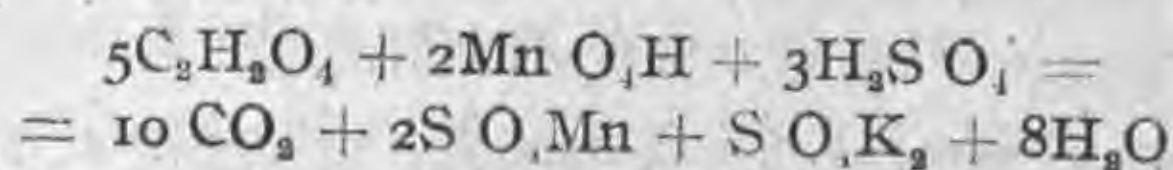
Altra difficoltà tecnica incontrata da vari AA. nello studio dello zucchero nel sangue è stata la dealbuminazione che deve essere completa e rapida.

I metodi più antichi, cominciando da Cl. Bernard, sono basati sulla precipitazione delle albumine col calore, coll'alcool, col solfato sodico bollente, con i vari reattivi mercurici. I metodi più recenti sono quelli del ferro colloidale, dell'acido fosfo-wolframico, e il trattamento a caldo con soluzioni di cloruro sodico o potassico, con aggiunta di fosfato acido di potassio.

Dopo aver provato nelle nostre determinazioni questi vari metodi abbiamo trovato più opportuno per la semplicità, la rapidità, e la completezza della dealbuminazione adoperare il nuovo metodo proposto da Folin, basato su l'azione del tungstato sodico sulle proteine del sangue.

Prima di procedere al dosaggio dello zucchero da esaminare, sono necessarie le seguenti ricerche preliminari:

1° *Titolazione della soluzione di permanganato potassico all'1,250 ‰ per mezzo di una soluzione di ossalato ammonico al 5 ‰.* — Si prendono 5 cc. dela soluzione di ossalato (ossia 25 mgr. di ossalato ammonico) e si pongono in una capsula di porcellana aggiungendo 50 cc. di acqua distillata e 1 cc. di acido solforico: si riscalda a circa 80° e si fa cadere a goccia a goccia la soluzione di permanganato, fino a colorazione rosa. La reazione è la seguente:

$$5C_2H_2O_4 + 2Mn\,O_4H + 3H_2S\,O_4 =$$
$$= 10\,CO_2 + 2S\,O_4Mn + S\,O_4K_2 + 8H_2O$$

Si dividerà il numero dei cc. di permanganato impiegato nel saggio per la cifra fissa 22,375 (1) e si otterrà il titolo del permanganato, cioè il numero dei milligrammi di rame corrispondenti a 1 cc. della soluzione di permanganato adoperata;

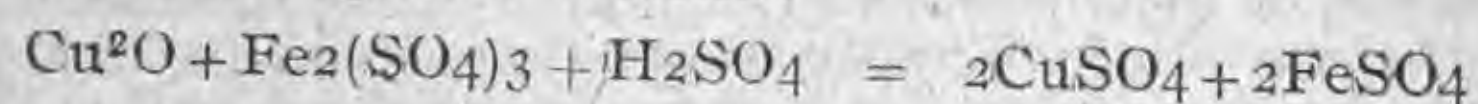
2° *Titolazione, col metodo di Bertrand, della quantità di glucosio contenuta in 5 cmc. di una soluzione di glucosio al 2 ‰.* — In circa 30 cmc. di acqua vengono diluiti 5 cmc. di una soluzione di glucosio al 2 ‰ e vi si aggiungono 20 cmc. di una soluzione di Fehling A e 20 cmc. di Fehling B si riscalda fino all'ebollizione, evitando una ebollizione tumultuosa, e si lascia bollire 3 minuti. Si toglie poi la bevuta dalla fiamma, si lascia depositare l'ossidulo di rame precipitato, e si decanta attraverso un filtro di amianto il liquido soprastante. È bene trasportare sul filtro la minore quantità possibile di ossidulo di rame, perchè si formerebbe un deposito compatto non facilmente e rapidamente solubile nel liquido ferrico.

Quando il liquido che sovrasta l'ossidulo di rame è stato filtrato, il precipitato di ossidulo che resta nella bevuta si diluisce in pochi cmc. di acqua distillata calda per ben lavarlo. Si lascia poi depositare nuovamete al fondo della bevuta l'ossidulo e si decanta sul filtro di amianto il liquido di lavaggio. Quando tutto il liquido di lavaggio è filtrato si gettano i liquidi filtrati, la

(1) Poichè una molecola di acido ossalico o di ossalato di ammonio cristallizzato, il cui peso molecolare è 142,1, è equivalente a 2Fe, di cui il peso molecolare è 65,6, moltiplicando il peso dell'ossalato (25 mmgr.) per $\frac{65,6.2}{142,1} = 0,895$ si ha 22,375 ossia la quantità dei milligrammi di rame corrispondenti a 25 milligrammi di ossalato. Conseguentemente dividendo per questo numero i cmc. impiegati per ossidare i 25 mmgr. di ossalato si ottiene il titolo del permanganato, cioè il numero di milligrammi di rame corrispondenti a ciascun cmc. di permanganato.

bevuta che serve per la filtrazione nel vuoto si lava con acqua distillata ed è pronta per la seconda parte dell'operazione, cioè il dosaggio del rame.

Questo dosaggio si effettua in maniera semplice e rapida: si aggiungono nella bevuta contenente l'ossidulo di rame 20 cmc. di liquido ferrico (50 gr. di solfato ferrico, 200 gr. di acido solforico concentrato, acqua distillata q. b. per un litro) e l'ossidulo si scioglie rapidamente. Avviene la seguente rezione:

$$Cu^2O + Fe_2(SO_4)_3 + H_2SO_4 = 2CuSO_4 + 2FeSO_4$$

Si versa tutto sul filtro di amianto ed il liquido ferrico scioglie nel passaggio attraverso il filtro le piccole quantità di ossidulo depositatesi nelle filtrazioni precedenti. È bene agitare con una bacchettina di vetro gli strati superficiali del filtro e moderare la velocità della filtrazione, cessando di fare il vuoto. Se è necessario si aggiungerà ancora sul filtro qualche cmc. di liquido ferrico. Quando tutto l'ossidulo è disciolto si lavano la bevuta ed il filtro con circa 20 cmc. di acqua distillata calda. Il liquido filtrato, limpido, di colore verde chiaro è pronto per la titolazione al permanganato. Si fa cadere, goccia a goccia, la soluzione già titolata di permanganato, finchè si avrà un viraggio estremamente netto (sia a luce artificiale che a luce naturale) dal verde al rosa.

Il numero dei cmc. di permanganato necessari per l'apparizione della tinta rosa si moltiplica per il titolo in rame di un cmc. della soluzione di permanganato e si otterrà la quantità di rame contenuto nell'ossidulo precipitato.

Colle apposite tavole di Bertrand si calcola la quantità equivalente di glucosio.

DOSAGGIO DELLO ZUCCHERO NEL SANGUE IN ESAME.

1° *Presa del sangue.* — Si estraggono da una vena 2 cc. di sangue, e in una piccola bevuta si diluiscono agitando con 14 cmc. di acqua distillata.

2° *Dealbuminazione.* — Si aggiungono 3 cmc. di una soluzione al 10 % di tungstato sodico e 2 cmc. di soluzione 2/3 N di acido solforico, si agita e s'immerge la bevuta per 3 minuti in un bagno-maria bollente.

In tal modo le albumine sono tutte precipitate: si filtra alla pompa, si lavano bevuta e filtro con 20 cmc. di acqua distillata ed il filtrato limpido, chiaro, privo di albumina, è pronto per la determinazione.

3° *Dosaggio del glucosio.* — Il filtrato ottenuto, circa 30 cmc. viene mescolato in una bevuta con 20 cmc. di soluzione Fehling A e 20 cmc. di soluzione Fehling B, vi si aggiungono inoltre, prelevandoli esattamente con pipetta graduata, 5 cmc. di soluzione di glucosio al 2 ‰. Si fa bolire per 3 minuti, badando che l'ebollizione non sia vivace, si filtra su amianto, e si eseguono poi tutte le operazioni già indicate per la titolazione della soluzione di glucosio campione. Si otterrà la quantità di glucosio nel sangue in esame sottraendo dalla quantità di glucosio trovata la quantità di glucosio ottenuta nella titolazione preliminare.

Esempio:

a) RICERCHE PRELIMINARI:

1° *Titolazione prima* (25 mgr. di ossalato ammonico sono ossidati da 9,9 cmc. di permanganato.

Conoscendo che 25 mgr. di ossalato corrispondono a mgr. 22,375 di rame, 1 cmc. del permanganato adoperato corrisponde a mgr. 2,43 di rame.

2° *Titolazione seconda.* — Con questa titolazione si trova che in 5 cmc. di glucosio al 2 ‰ vi sono 9,7 mgr. di glucosio.

b) DOSAGGIO DELLO ZUCCHERO SUL SANGUE DEALBUMINATO.

Si ha dalla titolazione una quantità di glucosio di mgr. 11,1, quantità che rappresenta il glucosio contenuto nei 5 cmc. della soluzione al 2 ‰ più quello contenuto in 2 cmc. di sangue. Quindi sottraendo da mgr. 11,1 mgr. 9,7 che sono la quantità determinata nei 5 cmc. di soluzione di glucosio si ottiene mgr. 1,4: ossia nei 2 cmc. di sangue adoperato si hanno mgr. di glucosio corrispondenti a una gilcemia di 0,7 ‰.

Con questo metodo abbiamo eseguito numerose determinazioni, sul sangue totale di soggetti normali e in diversi stati patologici.

Ci riserviamo di comunicare più estesamente i risultati di queste ricerche.

Abbiamo trovato come valori normali a digiuno, nelle prime ore del mattino, in individui sottoposti a dieta ospedaliera, cifre oscillanti da 0,65 a 0,90 ‰. Da numerose determinazioni comparative della quantità di zucchero contenuta — sia nel sangue totale, sia nel plasma, abbiamo rilevato che la differenza fra il contenuto di zucchero nel sangue totale e del plasma è minima — in condizioni normali. I valori sono lievemente più alti nel plasma:

nel sangue totale: *a*) 0,78 ‰; *b*) 0,70 ‰
nel plasma: *a*) 0,84; *b*) 0,78 ‰.

In un caso di diabete mellito:

nel sangue 2,70 ‰; nel siero 3 ‰.

Abbiamo creduto utile comunicare questo metodo colle modificazioni da noi introdotte, perchè facile e rapido nella applicazione in clinica.

Adoperando piccole quantità di sangue, e in un tempo relativamente breve, si possono eseguire determinazioni anche molteplici e comparati-

ve, evitando le cause d'errore che si incontrano sia nei metodi iodometrici che colorimetrici.

BIBLIOGRAFIA.

BANG. *Der Blutzueker*, 1913.
LEWIS e BENEDICT. « Journ. Biol. Chem. », 1915, 20, 61.
BENEDICT. « Journ. Biol. Chem. », 1919, 34, 203. — Idem 1919, 37, 503.
FOLIN e WU. Idem, 1919, 38, 81.
MORZULIS e JAHR. Idem, 1919, 39, 121.
WEIL. « Annales de Médecine », 5, 463.
G. BERTRAND-P. THOMAS. *Guide pour les manipulations de chimie biologique*. Ed. Dunod e Pinat, Paris.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
DIVISIONE MEDICA S. ANDREA-LUNATI.

Forme cliniche diverse dell'encefalite epidemica

per il dott. VITTORIO RONCHETTI, primario.

Nella mia relazione sull'encefalite epidemica, tenuta all'Associazione lombarda di scienze mediche e biologiche il 5 febbraio, accennavo all'opportunità di indicare appunto la malattia che ci interessa colla denominazione di encefalite epidemica, anzichè con quella troppo ristretta di encefalite letargica, riconoscendo però come questa ultima denominazione meritasse di essere conservata ad indicare un particolare tipo di encefalite epidemica, mentre per altro tipo della malattia stessa sembrava opportuna la denominazione di encefalite epidemica a forma delirante. Il 13 febbraio poi, in seguito alla discussione sull'argomento, che nella stessa sede ebbe luogo, dicevo di dover distinguere fra i casi di mia osservazione almeno quattro tipi diversi di encefalite epidemica e precisamente il tipo letargico, un tipo delirante, un tipo a manifestazioni spasmofile, un tipo a manifestazioni dolorose.

Scopo della presente nota è di dar ragione di quanto sopra coll'esposizione delle relative storie cliniche.

Lasciamo la forma letargica ormai fin troppo nota. Ci basterà ricordare come essa, più che le altre forme, si associ alle tanto caratteristiche paralisi nucleari di nervi cranici, a sede mesencefalica, onde ne risulta avvalorata l'ipotesi di un centro ipnico, esso pure a sede mesencefalica.

E vediamo un caso a tipo delirante.

B... M..., di anni 38, contadina, coniugata, nata e dimorante a Vignate. Entra all'Ospedale Maggiore, sala Lunati, letto n. 26 il 4 febbraio 1920. Si sa questo solo, che nel dicembre 1918 fu ricoverata all'ospedale di Gorgonzola per influenza, e che è ammalata da poco prima di Natale. La malattia si iniziò con febbre, cefalea, dolori reumatoidi: dopo tre o quattro giorni cominciò il delirio. È di costituzione discreta, in condizioni di nutrizione generale scadenti. Ha il volto acceso. È inquieta, si agita continuamente, cerca ad ogni momento di scendere dal letto: chiacchiera continuamente a mezza voce con una logorrea inconcludente: presenta una caratteristica mobilità dello sguardo, per cui i globi oculari sono in preda a movimenti disordinati: v'è nistagmo nello sguardo a sinistra: anche alla bocca si notano movimenti disordinati che ricordano la masticazione. Le pupille sono miotiche: l'esame oftalmoscopico riesce negativo. In data 7 febbraio si nota anisocoria. In data 7 febbraio viene praticata la puntura lombare, che dà liquido uscente sotto pressione normale, limpido, incoloro, non formante reticolo, nè sedimento; al rachialbuminometro Sicard appena tracce di albuminoidi; potere riducente un po' diminuito; Nonne negativo, Boveri negativo; alla camera Nageotte 4-5 linfociti per mmc. In data 9 febbraio si nota persistenza della anisocoria con pupilla destra più ampia; rima palpebrale destra meno ampia della sinistra; riflesso oculocardiaco conservato (110-106). In data 20 febbraio: sonnolenza lieve, insufficienza del retto interno di sinistra; la lingua sporta è tremula. In data 26 febbraio, psichicamente incomincia a ricomporsi. In data 1 marzo: non più delirio; notti dormite; di giorno volentieri dorme, ma non in modo anormale: è pallida e scarna: le pupille ora sono simmetriche e reagenti alla luce ed all'accomodazione; non strabismo; persiste nistagmo; facciali integri: notasi una certa inquetudine nei muscoli mimici, per cui una attitudine non può essere conservata, ma appena presa subito cambia; ciò senza che si possa parlare nè di mioclonia, nè di tic. Anche la loquela ha un po' il carattere a scatti, a parole pronunciate in fretta che si rincorrono. Sangue: globuli bianchi 8615; polinucleari neutrofili 76%, eosinofili 2% grandi mononucleari 1 %, linfociti 21 %. In data 5 febbraio: persiste l'atassia dei movimenti oculari. Durante tutto questo periodo l'ammalata presentò irregolarmente temperature subfebbrili od appena febbrili: ora è migliorata, ma non guarita.

Per questo caso il decorso, la sintomatologia, gli esami complementari permettono di escludere con tutta sicurezza che si tratti di meningismo in corso di una malattia infettiva qualunque, o comunque di meningite. La ricorrenza del caso durante una epidemia di encefalite (inizio alla fine del dicembre 1919), l'essere il delirio uno dei sintomi più costanti dell'encefalite epidemica ed anche, per quanto soltanto a periodi, della forma letargica dell'encefalite epidemica; l'essersi constatato in modo fugacissimo nel caso in discorso la ptosi palpebrale e lo strabismo, ed in modo duraturo l'anisocoria, il tremore della lingua, il nistagmo, son ragioni più che sufficienti ad autorizzare la iscrizione del caso nel gruppo di encefaliti epidemiche, a tipo delirante perchè il sintomo più appariscente e più diuturno fu il delirio.

Ed ecco ora un caso di encefalite epidemica a tipo di corea del Dubini:

G... T..., di anni 19, ricamatrice, nubile, nata a Milano, dimorante a Milano, via Lario 26. Entra, all'Ospedale Maggiore, sala Lunati, letto n. 22 il 21 gennaio 1920. Nell'ottobre 1918 ebbe influenza con complicazioni broncopolmonari e fu ammalata un mese circa. Il 17 gennaio 1920 incominciò a lamentare dolori al collo ed alle spalle, seguì febbre, agitazione, delirio. È di buona costituzione ed in condizioni di nutrizione generale discrete. Cianotica. Presenta iperemia e catarro delle congiuntive. L'esame oftalmoscopico è negativo. Il facciale inferiore destro appena percettibilmente paretico. Presenta movimenti coreiformi, a tipo di corea gesticolatoria, degli arti e dei muscoli mimici. È delirante, tanto che necessita ricorrere ad iniezioni di morfina per calmarne l'agitazione. La puntura lombare dà liquido che esce con pressione normale, limpido ed incoloro, contenente tracce appena percettibili di albuminoidi, con reazione di Nonne e di Boveri negativa, potere riducente normale, ed alla cellula di Nageotte 6 linfociti per mmc. L'esame del sangue dà 9062 globuli bianchi per mmc. Dopo pochi giorni di degenza in ospedale si produce un'ulcera corneale a destra, che, curata, passa poi lentamente a guarigione. È febbricitante e la curva termica a decorso bizzarro si abbassa a volte sotto il 37° per risalire oltre il 39°. Dopo una ventina di giorni dall'inizio della malattia cessa il delirio, cessano i movimenti coreiformi disordinati a tipo di corea gesticolatoria, e si stabilisce una sindrome clinica di corea elettrica. Sede dei movimenti involontari sono gli arti superiori, entrambi, in grado minore gli arti inferiori, ed in grado ancora minore i muscoli delle pareti addominali: questi movimenti sono caratterizzati da contrazioni ritmiche, 60-70 al minuto primo, di gruppi muscolari, onde le mani e gli avambracci eseguiscono leggeri movimenti di flessione subito arrestati; ed agli arti inferiori i movimenti si esplicano con un principio di flessione delle cosce sul bacino, e delle gambe sulle cosce, subito arrestato. L'arto superiore destro è colpito più del sinistro. I riflessi tendinei sono accentuati. Il Babinski è negativo. La sensibilità cutanea non è alterata. A volte sono rilevabili anche contrazioni ritmiche, sincrone a quelle degli arti, dei muscoli delle pareti addominali e del diaframma. In prosieguo la febbre diminuisce, l'a. incomincia ad alzarsi, la psiche si ricompone perfettamente: ma l'a. dimagra ed i movimenti a tipo di corea elettrica, ritmica, persistono intensi come all'inizio tutt'ora, si calmano durante il sonno, si accentuano quando l'a. si sente osservata, non subiscono alcuna attenuazione per la somministrazione di bromuro o di antipirina. Anche le iniezioni endovenose di neoiacol, che si stanno ora praticando, mentre sembrano influenzare favorevolmente le condizioni di nutrizione generale, non dimostrano alcuna azione, almeno finora, sui movimenti coreici.

Io non ho esitato più ad inscrivere questo caso fra i casi di encefalite epidemica, quando vidi in due altri casi di cui brevemente riassumo la storia clinica, alternarsi ed associarsi la sintomatologia vera e propria dell'encefalite a forma letargica alla sintomatologia della corea elettrica o di Dubini.

D... V..., di anni 40, casalinga, coniugata, nata a Foiana della Chiana, dimorante a Milano, corso Sempione 125. Entra all'Ospedale Maggiore, sala Lunati, letto n. 49 il 16 febbraio 1920. È ammalata dal 27 gennaio: incominciò con dolori alla spalla sinistra ed al lato sinistro del collo, in seguito diffusi a tutto l'arto superiore sinistro ed anche all'arto superiore destro. Seguirono contrazioni muscolari involontarie, addomino-diaframmatiche, delirio, febbre. Quando l'a. entra all'ospedale persistono, e continuano tanto da poter essere in parte controllabili tutt'ora, contrazioni tonico-cloniche, ritmiche, in numero di 48-50 al minuto del trapezio, sternocleidomastideo, e muscoli delle pareti addominali a destra: l'a. è febbricitante e delirante. Durante la degenza in ospedale l'a. ha periodi di miglioramento e periodi di esacerbazione dei sintomi; i fenomeni mioclonici subiscono alternative di maggiore o minore estensione, ma è nei muscoli delle pareti addominali, lato destro, che con maggior costanza persistono. Il delirio non cessa mai. La febbre a decorso irregolare non cessa mai. Le condizioni di nutrizione generale deperiscono. L'esame del liquido cefalo-rachidiano dà il solito reperto (al rachialbuminometro Sicard meno di gr. 0.20 ‰ di albuminoidi; alla cellula di Nageotte 5 linfociti per mmc.) L'esame oftalmoscopico, praticato dal prof. Baslini, dà lieve congestione dei vasi venosi papillari. L'esame del sangue, praticato in periodo avanzato di malattia dà 6406 globuli bianchi per mmc. ed una certa linfocitosi relativa. Ma quel che più importa l'a. ha periodi di letargo, ed a periodi presenta ptosi palpebrale, strabismo, paralisi del facciale.

D... L..., di anni 32, casalinga, vedova, nata ad Arsiero, dimorante a Gorla, entrata all'Ospedale Maggiore, sala Lunati, letto n. 23 il 23 gennaio 1920. È un caso dei più tipici di encefalite letargica con paralisi nel campo del 3° e del 7° e con letargo. Durante la degenza in ospedale presenta a periodi un clono nel campo dei masseteri, ritmico, simulante movimenti di masticazione.

Furono primi Sainton in Francia e Zoja in Italia a pensare ad una eventualità di rapporti fra la epidemia di corea elettrica rilevata e studiata e descritta da Dubini e l'attuale epidemia di encefalite. Ascoli, Stradiotti e recentemente Boveri, Chauffard, Achard insistettero pure sull'eventuale identità delle due epidemie.

Ora a proposito di questa interessantissima questione non sarà inopportuno ricordare come Dubini raccolse i suoi 38 casi ed i 4 di De Vecchi nell'Ospedale Maggiore di Milano nel corso di 9 anni, rendendoli di pubblica ragione nel 1846; e come Pignacca ne vide 50 casi e ne illustrò minutamente 36 negli anni che vanno dal 1848 al 1854. Motivo per cui, se v'è identità fra l'epidemia, o la successione di epidemie d'allora e l'epidemia di adesso, è a presumersi che la serie dei casi non cesserà tanto presto di affluire nei nostri ospedali.

È certo che il carattere ritmico dei movimenti involontarii costituisce un punto di raffronto importantissimo fra la corea elettrica di Dubini e la varietà testè da me ricordata della encefalite epidemica: ma è altrettanto certo che fra la epidemia studiata da Dubini e la attuale, almeno questa differenza esiste che nell'epidemia studiata da Dubini le forme con manifestazioni coreiche dovettero prevalere sulle forme con manifestazioni letargiche quali da noi ora più comunemente si osservarono. E non posso esimermi dal ricordare:

1° Come nella corea di Dubini la mortalità sia risultata straordinariamente elevata. Dei 42 casi di Dubini-De Vecchi solo due sopravvissero. Pignacca osservò una mortalità del 80-90 %. E Frua sentì il bisogno di fare una pubblicazione apposita per illustrare due casi passati a guarigione;

2° Come nella encefalite epidemica manchi, per quanto finora se ne sa, la alternativa di fatti coreici e di fatti paralitici, su cui tanto insistettero il Dubini ed il Pignacca. Il Pignacca infatti scrive « la paralisi muscolare perfetta od imperfetta non è mancata mai nei casi in cui è stata ricercata. In quasi tre quarti degli ammalati esisteva la sola paralisi di moto, in più che un quarto osservavasi contemporaneamente paralisi di moto e di senso, in nessun caso non è stata trovata la sola paralisi di senso senza quella di moto »;

3° Come il Dubini non parli ed il Pignacca accenni solo incidentalmente a quelle paralisi dei muscoli oculomotori che sono così frequenti nel corso dell'attuale epidemia. Scrive il Pignacca « nei primi tempi della malattia lo sguardo di questi ammalati è languido, in seguito diviene attonito o fisso: talora gli occhi sono immobili, in un altro momento strabici. All'avvicinarsi della morte diventa più raro o quasi manca il nittitare delle palpebre ». Non si accenna alla ptosi palpebrale che fu di osservazione quasi quotidiana nella attuale epidemia;

4° Come il Dubini non parli che per incidenza di letargo, ma insista sul decorrere della corea elettrica senza pervertimento del senso e della intelligenza, ed in un caso che presentò una insolita sonnolenza, avendo trovato all'autopsia un focolaio di rammollimento nel talamo ottico, resti esitante se ascriverlo propriamente alla stessa forma di corea elettrica; e come il Pignacca accenni sì al letargo, ma non in modo da farlo ritenere uno dei sintomi capitali. Scrive il Pignacca « sul finire della vita gli ammalati delirano o cadono soporosi; hanno l'aspetto di ammalati di tifo, ma solo come forma precedente di poco l'agonia e la morte ».

5° Come nell'epidemia studiata da Dubini, da Pignacca, ecc. siano state grandemente frequenti le forme a tipo convulsivo; il Pignacca per es. dice che su 36 suoi ammalati 25 ebbero accessi epilettiformi; e Frua diede alle forme il nome di « tifo cerebrale convulsivo ». Io nel corso dell'attuale epidemie, con una osservazione di 32 casi (26 in ospedale e 6 della pratica privata) vidi una volta sola accessi epilettiformi, immediatamente prima della morte, e questo proprio in un caso nel quale coesistevano gravi alterazioni dei reni (pienefronosi calcolosa).

L'encefalite epidemica a manifestazioni spasmofile evidentemente non si può presentare solo sotto forma di corea elettrica tipo Dubini, ma, ed io ebbi occasione di vederne casi, si può presentare in forma di corea gesticolatoria, di tetania e di paralisi spastica.

Ed ecco ora la storia di un caso di encefalite epidemica a manifestazioni dolorose prevalenti (nevralgiche).

G... M..., di anni 33, infermiera dell'Ospedale Maggiore, nubile, nata a Torriano, dimorante prima a Lacchiarella, poi a Milano. Entrata all'infermeria del personale femminile dell'Ospedale Maggiore il 17 gennaio 1920. Ebbe nel 1914 un attacco di reumatismo poliarticolare acuto, con complicazione endocarditica, ed esito di insufficienza mitralica. Verso il 10 gennaio 1920 cominciò a lamentare cefalea, seguì febbre a decorso irregolare, non molto elevata (toccò un massimo di 38°,5), che perdura tutt'ora. Seguirono dolori a tipo nevralgico cervicobrachiali a destra: tali dolori si estesero poi all'arto superiore sinistro. Nel diario troviamo segnato in data 27 gennaio « soliti dolori; tremolii e scosse cloniche alle braccia ». In data 31 gennaio « da stamane seguita a dormire; richiamata si sveglia qualche istante per riassopirsi: scosse fibrillari alle braccia ed alle mani ». In data 1 febbraio « soporosa ». In data 2 febbraio « qualche accenno a movimenti coreiformi negli arti superiori (specie alla mano destra) ». In data 4 febbraio « ieri nel pomeriggio riprese la sonnolenza, che continua anche stamane, in grado però minore dei giorni scorsi ». In data 10 febbraio « rima palpebrale sinistra meno ampia della destra. Persistono ora più ora meno intensi i soliti dolori ». In data 2 marzo « persistono i dolori; ha spesso sudori profusi, talvolta diplopia; la forza muscolare negli arti superiori è notevolmente diminuita ». In data 9 marzo « l'esame del sangue dà 10.153 globuli bianchi per mmc. ».

Certo nell'elencare questo ultimo caso fra quelli di encefalite epidemica io non mi sento così sicuro come per i casi precedentemente riferiti a tipo delirante, ed a tipo di corea elettrica o di Dubini. Ma l'osservazione prolungata del caso mi indusse in questa conclusione per l'impossibilità di spiegare la curiosa sintomatologia diversamente e per il fatto che nell'encefalite epidemica i fenomeni dolorosi entrano realmente assai spesso e spesso in modo imponente a far parte del quadro sintomatologico; onde non sono rare nella casistica le osservazioni di forme miste

che valgano a gettare un ponte di congiunzione fra queste forme puramente nevralgiche e le altre forme puramente spasmofiliche, deliranti o letargiche.

Ben inteso, dirò per concludere, che io non ho creduto qui di accennare a tutte le varietà possibili dell'encefalite epidemica, ma solo a quelle che a me fu dato di personalmente osservare. Ed ancora dirò che di 32 casi di encefalite epidemica da me seguiti in ospedale e fuori:

Uno fu a sindrome delirante pressochè pura;

Uno fu a sindrome di corea elettrica pressochè pura;

Uno fu a sindrome nevralgica pressochè pura;

In tre la sindrome mioclonica si associò alla sindrome classica letargica ed alle classiche paralisi nel dominio prevalentemente del III e del VII;

In uno la sindrome nevralgica si associò alla sindrome delirante;

In uno la sindrome mioclonica si associò alla sindrome delirante;

In 24 si osservò la sindrome classica (letargica e paralisi prevalentemente nel dominio del IV e del VII) pressochè pura o scarsamente accompagnata di fatti deliranti o da qualche fatto nevralgico.

Milano, 12 febbraio 1920.

IGIENE.

Mezzi di lotta contro gl'insetti parassiti.

(Anidride solforosa, acido cianidrico, cloropicrina).

La grande diffusione degli insetti parassiti è un fenomeno, che si è osservato durante la guerra: pidocchi e cimici, che si trovavano soltanto negli ambienti più sporchi e miserabili, sono stati sgraditi ospiti delle truppe, nella vita di trincea e le hanno spesso accompagnate al loro ritorno, infestando case, mezzi di trasporto, luoghi publici, ecc. Ora che la guerra è finita, è rimasto però questo ripugnante strascico, che è ben lungi dall'essere limitato all'Italia, osservandosi anche in altre nazioni con analoga intensità. È quindi necessario combatterlo con indefessa attività, sia per la pulizia e tranquillità individuale, sia per evitare il pericolo che ne vengano trasmesse malattie infettive.

Numerosi sono stati i metodi suggeriti per la lotta contro gli insetti parassiti: specialmente durante la guerra si è studiato sistematicamente l'azione di molte sostanze, nell'intento di una pratica applicazione.

Più che di lotta individuale trattasi ora di lotta collettiva, ed è quindi ai mezzi di disinfestazione in grande, che rivolgiamo ora l'attenzione.

Fra questi è stata largamente provata *l'anidrite solforosa*, di cui l'uso è sanzionato da diversi anni di esperienza. Il gas può ottenersi dalle bombole che lo contengono compresso, o meglio dalla diretta combustione dello zolfo, di cui si adoperano 50-100 grammi per mc. di ambiente. La combustione si ottiene in semplici bracieri di ferro, muniti, in basso, di fori, per assicurare un abbondante accesso di aria. È importante ottenere la totale combustione dello zolfo, evitando la formazione di crostoni, che poi non bruciano più; a tale scopo è opportuno spargere sul fondo alcuni trucioli, versarvi poi sopra lo zolfo e dargli fuoco con un pezzo di carta arrotolato, o spargendovi sopra una piccola quantità di alcool.

L'eventuale aggiunta di una canna da tiraggio, attiverà sul principio la combustione, pur non essendo strettamente necessaria. Come sempre nella disinfestazione per mezzo di gas, l'ambiente deve essere ben chiuso.

Già si è accennato (*Policlinico*, 1920, n. 8), al metodo ingegnoso escogitato dall'Alessandrini per fare agire l'anidrite solforosa allo stato nascente, prodotta dalla reazione dell'acido solforico sull'iposolfito di sodio, il metodo evidentemente è adatto solo per biancheria od oggetti che pssono venire immersi nella soluzione diluita di acido solforico.

Da qualche tempo si è venuto introducendo da noi, come disinfettante, *l'acido cianidrico* già in uso agli Stati Uniti, fin dal 1886, dapprima per disinfestazione dei vivai e delle serre degli insetti parassiti delle piante, poi per l'uccisione dei topi nei bastimenti.

Il gas, che si ottiene dalla reazione dell'acido solforico sul cianuro di sodio o di potassio, ha un gran potere diffusibile, sicchè penetra agevolmente in tutti gli spazi, ed una spiccata azione tossica per le forme animali. Da esperienze di Creel (1) risulta che in 15 minuti vengono uccise le zanzare e le mosche, in 60 le cimici, in 2 ore i pidocchi; probabilmente queste cifre vanno anche ridotte .

Le uova subiscono pure l'azione tossica dell'acido cianidrico e non schiudono più. A differenza, poi, dell'anidride solforosa, che può danneggiare tessuti e metalli, l'acido cianidrico è generalmente innocuo per i materiali con cui viene in contatto.

Questi vantaggi hanno fatto sì che le applicazioni dell'acido cianidrico siano diventate sempre più numerose, specialmente agli Stati Uniti ed

in Australia. Grande utilità esso presenta nell'agricoltura, per la disinfestazione delle piante, particolarmente dagli afidi e dalle cocciniglie, e nella pratica industriale (2) per l'uccisione degli insetti nelle balle di cotone, nei silos, ecc.

L'acido cianidrico viene ora sostituendo l'anidride solforosa anche per la distruzione dei topi e degli insetti nelle navi. Uno dei primi esperimenti sulle navi da guerra è stata fatta in Pensilvania sul *Tennesee*, per cui si sono usati 340 kg. di cianuro e 454 di acido solforico. Altri esperimenti sono stati fatti in Italia, sulle navi, nei porti, in silos, in caserme e locali pubblici, sulle piante.

Le manipolazioni per lo sviluppo dell'acido cianidrico sono assai semplici: previa chiusura del locale si fa cadere il cianuro (in quantità di 5 gr. per mc. di ambiente) in un secchio contenente acido solforico diluito; si lascia agire il gas per un certo tempo (1-2 ore), poi si apre ventilando largamente per assicurare la scacciata del gas, per cui vengono anche usati aspiratori (4) o ventilatori (5) elettrici.

Una delle maggiori obbiezioni che si sono mosse contro l'uso dell'acido cianidrico è la sua estrema tossicità. Ora questa è innegabile ed è spiccata specialmente per gli animali a sangue caldo: esperienze di Wagschal e Ahlmann (7) hanno dimostrato che basti la presenza di mg. 0,05 di acido cianidrico per litro di aria, per determinare in 4 ore la morte dei gatti, usati come animali da esperimento.

È vero però che, con le debite precauzioni e cautele, si può sfuggire facilmente ad ogni pericolo: la manovra di introduzione del cianuro nell'acido si fa dall'esterno; l'apertura del locale si pratica generalmente da individui muniti di maschere respiratorie: all'aria libera poi, l'acido cianidrico si diluisce rapidamente nell'atmosfera.

Maggiore riserva va fatta invece per gli ambienti chiusi, contenenti sostanze che possono trattenere il gas. O. Bail (6) ha trovato che, dopo un'ora e mezza di ventilazione, vi erano ancora mg. 8,8 di acido cianidrico per 28 g. di paglia di un cuscino.

L'umidità favorisce l'assorbimento del gas da parte delle sostanze, mentre il calore ne favorisce l'eliminazione. In un ambiente chiuso e non abbastanza ventilato, l'acido cianidrico può qundi continuare a svolgersi e determinare fenomeni tossici, che consistono nei casi più lievi, in cefalea, vertigini, scialorrea, senso di oppressione e di angoscia cardiaca, disturbi nervosi; nei casi di intossicazione industriale, si sono osservati, anche dopo mesi, delle affezioni secondarie.

Tanto maggiore è quindi la necessità di una energica ventilazione negli ambienti chiusi, a tale scopo le unità di disinfestazione nelle Indie inglesi, sono munite di un ventilatore, capace di inviare 14 mc. di aria all'ora, in modo da scacciare tutto il gas. Nella disinfestazione degli ambienti chiusi, si dovrà altresì stare attenti ad eventuali comunicazioni con locali finitimi, nei quali si potrebbe avere quache fuga di gas.

Comunque le intossicazioni da acido cianidrico non sono, da quanto risulta, molto frequenti: se casi mortali sono stati segnalati da Mc. Intosh per l'Australia (9) sono in generale da attribuirsi ad imprudenza o negligenza degli operatori: specialmente all'aperto, il processo, con poche semplici cautele, può eseguirsi senza pericolo ed è probabile che venga diffondendosi anche fra noi.

Un altro gas tossico, che, dietro l'esperienza della guerra, è stato sperimentato per la distruzione di insetti parassiti, è la *cloropicrina* o tricloronitrometano. Il suo potere insetticida sarebbe paragonabile a quello dell'acido cianidrico (10): bastano pochi milligrammi per litro, per ottenere l'effetto desiderato. Per le cimici, la dose è di 4-10 grammi per mc.; l'operazione va però ripetuta, perchè, a quanto pare, le uova non vengono uccise (11). La cloropicrina è stata altresì usata contro le locuste (polverizzazione di una soluzione al 50 %) e contro la scabbia degli equini, che vengono tenuti in una cabina (con la testa all'aria libera) in cui si proietta la cloropicrina, in ragione di 20 gr. per mc. L'efficacia è soprattutto in relazione con la temperatura.

L'uso della cloropicrina però, è, per ora soggetto a limitazioni ed a cautele maggiori che per l'acido cianidrico, essendo essa, oltre che assai tossica, molto irritante per le mucose e non avendosi efficaci mezzi di protezione. Essa va esclusa per i locali in cui non sia facile l'aereazione; prima di poter applicarla nella pratica, sono ancora necessari studi, che meglio ne definiscano il potere insetticida ed indichino sicuri mezzi di difesa.

A. FILIPPINI.

(1) *Lancet*: 2 dic. 1916. (2) *Génie Civil*: 23 genn. 1916. (3) *United States med. Bull.*, aprile 1916. (4) *Journ. of. Am. med. Association*: 14 nov. 1917. (5) GRABBES: *Public Health Reports*, 19 ott. 1917. (6) GESUNDHEIT-INGENIEUR: 1919, n. 3 e 4 *Bull de l'Office int. d'hyg. publ.*, ott. 1919. (7) *Med. Dissertaz. Wurzburg*, 1905. (8) *Bull. de l'office int. d'hyg. publ.*, dic. 1919. (9). Mc INTOSH: *Med. Journ. of Australia e Med. Review*, ag. 1918. (10) BERTRAND e ROSENBLATT C. R.: *Acad. des Sciences*, 5 mag. 1919. (11) BERTRAND BROCQ: *Rousseu e Dassonville*, Ib. 1 sett. rif. in *Bull. Inst. Pasteur*, 1 marzo 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'esaltazione aspecifica della funzionalità cellulare.

(W. WEICHARDT. *Münch. Med. Woch.*, n. 4, 1920).

Le manifestazioni diverse e spesso sorprendenti che seguono alla somministrazione parenterale di vaccini, di proteidi e di molte altre sostanze, come pure a delle semplici stimolazioni fisiche dell'organismo, sono raggruppate dall'A. sotto il nome di « esaltazione della funzionalità ».

Quest'esaltazione è sempre omnicellulare; non è possibile esaltare esclusivamente la funzionalità di un unico organo o sistema organico nemmeno nei casi nei quali un sistema od organo è più direttamente e specificamente interessato dallo stimolo. L'esaltazione della funzionalità risulta diversa a seconda che si tratti di un soggetto normale o di un soggetto sensibilizzato (trattato antecedentemente o ammalato), nel qual ultimo caso, degli stimoli aspecifici provocano un'abbondante mobilizzazione dei mezzi di reazione preformati (p. es. anticorpi). È possibile esaltare la funzionalità organica con degli stimoli fisici (p. es. correnti elettriche), chimici (iniezioni di metalli colloidali, di proteidi, alcaloidi, ormoni endocrini) e biologici (sieri, vaccini).

L'esaltazione della funzionalità può essere attiva o passiva. Provocano un'esaltazione passiva quei mezzi, i quali tolgono all'organismo (per eliminazione, distruzione o neutralizzazione) quei prodotti della decomposizione cellulare (derivati o dalle cellule organiche (veleni della fatica), o da quelle batteriche (tossine) i quali esercitano un'azione paralizzante sulla funzionalità dei sistemi organici. Perciò gli stimoli che provocano un'esaltazione passiva sono efficaci soltanto quando l'organismo è stanco od ammalato, e non possono elevare la funzionalità che fino al suo valore normale; questo effetto segue immediatamente allo stimolo, esso può però mancare nei casi di stanchezza od intossicazione eccessiva. Si possono togliere dall'organismo i prodotti tossici ed ottenere in tal modo un'esaltazione passiva della funzionalità: 1° con degli stimoli organotropi i quali migliorano la circolazione sanguigna negli organi stanchi od intossicati; 2° nel caso di stachezza con dei movimenti ausiliari i quali raggiungono lo stesso effetto degli stimoli precedenti; 3° con delle sostanze non organotrope che legano elettivamente i prodotti della fatica o le tossine batteriche. Sostanze tali sono state riscontrate da Müller e Del Campo nel timo e nel siero del sangue.

L'esaltazione attiva dipende dall'eccitazione diretta del protoplasma cellulare. Si possono ottenere in tal modo dei gradi di funzionalità superiori al normale. L'effetto che dopo un certo periodo di latenza segue allo stimolo, si può constatare (a differenza dell'esaltazione passiva) anche negli organi normali.

Si può provocare un'esaltazione attiva della funzionalità: 1° coll'esercizio (l'esaltazione dipende o dall'eccitazione diretta del protoplasma cellulare, o più probabilmente per via indiretta perchè piccole quantità di prodotti della decomposizione funzionale che l'esercizio provoca in alcune cellule stimolano le cellule organiche; 2° con mezzi ad azione organotropa specifica (p. es. mezzi i quali esagerano l'eccitabilità del sistema nervoso o del sistema muscolare); 3° con mezzi che alterano il ricambio degli idrati di carbonio; 4° con sostanze che stimolano aspecificamente il protoplasma cellulare (aumentata attività dei catalizzatori ossidanti, dei leucociti, della produzione di ormoni endocrini, ecc.).

Tra queste ultime sostanze sono probabilmente da classificarsi i vaccini ed in generale i proteidi introdotti per via parenterale. L'esaltazione della funzionalità cellulare probabilmente non è dovuta che in minima parte ai proteidi stessi, in gran parte invece ai prodotti nei quali questi vengono scomposti nell'organismo; varieranno adunque a seconda delle varie sostanze proteiche adoperate, la modalità e l'intensità dell'esaltazione funzionale. Non conoscendosi per ora nè i prodotti di decomposizione che si formano dai proteidi introdotti per via parenterale, nè quelli formati per reazione dalle cellule organiche, il campo della proteinoterapia è completamente oscuro e non consente che dei tentativi non razionali.

L'A. ha esaminato vari preparati proteici del commercio ricercando se la ripetuta somministrazione parenterale di essi determinasse fenomeni anafilattici. Questi mancarono costantemente negli animali iniettati con preparati commerciali, **mentre determinarono la morte di** quelli iniettati con proteidi naturali (latte).

Sono infine importanti alcune applicazioni pratiche dei concetti suesposti intorno all'esaltazione funzionale: così i tentativi di Stettner di eccitare i processi ossificanti per mezzo dei raggi Röntgen; e quelli di Bergel di ottenere lo stesso effetto con iniezioni di proteidi. I risultati ottenuti da questi AA. come pure quelli ottenuti da Hoke, Doberauer e Pittroff i quali eccitarono la proliferazione connettivale con iniezioni di proteidi, furono molto soddisfacenti.

POLLITZER.

I rapporti tra i metodi immunizzanti e le infezioni latenti.

(B. M. RANDOLPH. *New York Medic. Journal.*, 13 sett. 1919).

Forse il più brillante capitolo nella storia della medicina è quello che riguarda la prevenzione contro le malattie infettive. E i progressi più importanti in questo campo sono quelli che riguardano la profilassi del vaiolo e del tifo. Rispetto alla vaccinazione contro il primo essa è oggi universalmente ammessa. La vaccinazione contro il tifo è di introduzione assai più recente, ed ha trovato larga applicazione solo nella guerra: sebbene la sua efficacia sembri universalmente riconosciuta, tuttavia non vi è stata ancora l'opportunità di studiare il metodo sotto tutti i rapporti.

La prima questione cui si deve rispondere è se essa possa riuscire nociva. Sebbene l'opinione dell'A. sia che, di fronte all'enorme benefizio che se ne ritrae, scompaiano delle eventuali minime conseguenze dannose, egli ritiene che non si possa giungere a una conclusione, se non attraverso a fatti ben documentati. A questo scopo egli riunisce le osservazioni fatte in un biennio al *Walter Reed General Hospital* al quale giungevano i malati di numerosi reparti di truppa.

Il numero totale degli infermi ammessi nel periodo dal 1 aprile 1917 al 1 aprile 1919 fu di 21.033. Di questi solo 82 entrarono per conseguenze dirette della vacinazione antitifica. Poichè il numero dei vaccinati nei reparti che ricorrevano a quell'ospedale fu 1602 risulta che l'1,06 % di questi ammalarono per l'iniezione vaccinica al punto da render necessaria la loro ospedalizzazione.

Il secondo punto riguarda l'efficacia della profilassi. Ora, 13 entrati erano tifosi: di questi in 3 non si potè però fare una diagnosi sicura, mentre in 9 la diagnosi di tifo, in una di paratifo A, fu confermata: 4 di essi non erano stati vaccinati.

Il terzo punto considerato dall'A., e quello sul quale principalmente si intrattiene, riguarda l'eventuale rapporto fra le pratiche vaccinatorie e l'insorgere dei più svariati stati morbosi. Egli riferisce a questo proposito tutte le storie cliniche dei casi di questo genere: senza peraltro affermare che tra vaccinazione e malattia vi sia un rapporto tra causa ed effetto sicuramente stabilito: essi sono citati solo come dati che possono fornire qualche indicazione su un eventuale effetto sfavorevole determinato dai metodi immunizzanti.

Riguardo alle forme che si associarono alla sola vaccinazione tifoide si ebbero nell'ospedale: 2 casi di tonsillite, 7 di affezioni respiratorie acute, 5 di affezioni a tifo artritico, 3 di tubercolosi, 1 di adenite, 1 di albuminuria, 5 di affezioni gastrointestinali, e 1 trattato con la vaccinazione antivaiolosa coincise con la riattivazione tubercolosi.

I casi che seguirono la vaccinazione duplice, antivaiolosa e antifosa furono: 1 di affezione cardiaca, 1 di appendicite e 4 di tubercolosi.

Infine alla terapia vaccinica della blenorragia seguì un caso di tubercolosi.

In riassunto, i dati forniti dalle storie di questo ospedale indicano che, in rari casi, delle infezioni latenti possono esser rese attive dai processi immunizzatori, specialmente in coloro che ospitano bacilli tubercolari e streptococchi. In condizioni straordinariamente rare vi può essere una reazione acuta anche fatale, di natura anafilattica.

Una rivista della letteratura dal 1913 in poi non fornisce una copia considerevole di materiale. Senza dubbio se ne avrà assai di più quando saranno pubblicate le statistiche complete della guerra.

Il Ministero della guerra francese escluse dalla vaccinazione antitifica gli uomini in condizione di salute non soddisfacenti, quelli con prodromi di malattia, e quelli con tubercolosi, reumatismo o che avevano prima sofferto di tifo.

Altri autori citano casi isolati di questo genere. Particolarmente interessante è un caso di Bourges di anemia intensa, rapidamente insorta e transitoria, in soggetto ex malarico, che seguì alla profilassi antitifica.

Cecil in 30.000 vaccinazioni antitifiche non notò alcun segno di attivazione di tubercolosi. Brown e altri praticarono la inoculazione contro il tifo a 124 tubercolosi: 25 incipienti, 93 di medio grado e 6 in uno stadio avanzato. Mentre pochi (4) ebbero esacerbazioni temporanee di sintomi polmonari, la conclusione degli autori è che probabilmente nessuna influenza esercita sul processo tubercolare la somministrazione del vaccino antitifico. Alle stesse conclusioni arrivò Mark in base a 200 vaccinazioni praticate su tubercolosi.

La direzione del servizio medico di Camp Mead, rispetto alle reazioni per la vaccinazione antitifica comunica che tre tipi di reazione attrassero la sua attenzione principalmente per difficoltà diagnostiche che possono insorgere: 1° una reazione simulante l'appendicite acuta (e che talvolta indusse anche all'operazione); 2° una reazione simulante la meningite; 3° delle reazioni a tipo di porpora. In nessuna delle tre serie si ebbe morte.

Il rapporto dell'ospedale generale n. 14 **nota** 25 casi di una affezione acuta gastro intestinale, successiva alla vaccinazione antitifica: 7 di essi

entrarono con diagnosi di appendicite acuta e uno fu anche operato.

CONCLUSIONI. — La reazione anafilattica è così rara da essere ascritta a una idiosincrasia. L'attivazione di un processo tubercolare latente va riguardata come una eventualità disgraziata per il singolo caso. L'attivazione di un'infezione latente streptococcica non va ritenuta sempre dannosa perchè può determinare un intervento curativo (a meno che non porti a metastasi come artrite settica o endocardite).

Tali accidenti sono però così rari da non dover esser presi in considerazione per radiare dall'uso comune la pratica della vaccinazione antivaiolosa e antitifica.

Tuttavia l'eventuale esistenza di una infezione latente deve esser tenuta presente prima di sottomettere un individuo alla terapia vaccinica elettiva. Per tali soggetti sono augurabili dei miglioramenti nella tecnica della profilassi.

La fatica, l'esposizione a cause patogene, gli errori dietetici dovrebbero essere prevenuti di autorità, non lasciati alla responsabilità del soldato. SEBASTIANI.

RARIORA ARTIS.

Ancora sulle cisti gassose dell'addome.

(M. CHASTENET-DE GÉRY. *Gazette des Hôpitaux*, n. 8, 13 dicembre 1919).

L'affezione di cui ci occupiamo, nota anche con le denominazioni di cisti gassose dell'intestino, pneumatosi gastro-intestinale, pneumatosi cistica dell'intestino, enfisema intestinale, è rara e ancora poco conosciuta. Essa è probabilmente d'origine infettiva, è per lo più legata ad un'altra lesione del tubo digerente, pare abbia sede sopratutto nel sistema linfatico degli organi affetti, ha per lo più un decorso benigno.

Vi abbiamo già accennato altre volte; ora gli AA. ce ne presentano uno studio riassuntivo diligente e completo.

Storia. — Questa singolare affezione fu osservata e descritta la prima volta nel 1825 da Mayer, che la riscontrò nel maiale. Il primo caso umano indiscutibile appartiene a Bang, che nel 1876 scoprì nell'ileo — strato muscolare e sottomucoso — di una donna morta di volvolo, vescicole gassose grandi da un pisello ad una fava, tappezzate da endotelio. Successivamente Eisenlhor (1888), De Camargo, Kouskow (1891), Winands, Kolli (1895), Orlandi (1896), Dupraz (1897) pubblicarono osservazioni analoghe.

Hahn (1899) riscontrò la lesione sul vivente, nel corso di una laparatomia praticata per ulcera gastrica. La maggior parte del tenue e l'intero colon erano tempestati da cisti sottosierose peduncolate o sessili, a contenuto unicamente gassoso che sfuggiva con rumore sotto la pressione delle dita. La semplice apertura del ventre bastò a guarire il malato.

In questi ultimi venti anni le cisti gassose sono state sempre più frequentemente osservate ora sul tavolo anatomico ora in occasione di un'operazione addominale (complessivamente 67 casi pubblicati); e se la malattia è entrata nel dominio clinico, bisogna tuttavia notare ch'essa non è stata mai diagnosticata prima dell'intervento.

Anatomia patologica. — Macroscopicamente le cisti offrono aspetti variabilissimi. Il più delle volte sollevano la sierosa in bolle rotonde raramente peduncolate, chiare e anche trasparenti, disposte in un solo strato o agglomerate a grappolo, come una mole idatidea. Sono grandi da un grano di miglio ad un uovo di piccione, per lo più innumerevoli. Se si schiacciano, vien fuori gas inodore, eccezionalmente un po' di sierosità linfatica, mai pus. La loro sede abituale è l'ileo, ma si possono riscontrare dappertutto nell'addome, anche fuori del tubo digestivo. La lesione è quasi sempre sottosierosa; tuttavia può occupare lo strato muscolare dell'intestino, ciò che è raro, o la sottomucosa. Al di fuori delle parti cistiche l'intestino presenta qualche volta delle zone cicatriziali, biancastre, nodose, che sembrano essere la traccia lasciata dalle vescicole scomparse.

Per quel che riguarda la struttura istologica, l'idea più generalmente diffusa è che si tratti di una lesione del sistema linfatico. Dal suo studio completissimo e molto minuzioso, Turnure ha tratto le seguenti conclusioni: 1° Le formazioni cistiche gassose sono per la maggior parte situate in fuori dello strato muscolare liscio dell'intestino; 2° Uno dei tratti caratteristici delle cisti gassose è il loro rivestimento interno di cellule endotelioidi e di cellule giganti; 3° Al taglio, degli spazi o canali, di cui alcuni sembrano essere dei linfatici, sono in parte orlati da un endotelio e in parte riempiti da cellule giganti, da cellule endoteliali e da leucociti; 4° È incontestabile che i vasi linfatici sono dilatati e comunicano con grandi spazi linfatici che sono forse spazi cistici; 5° Ma le cisti non comunicano fra di loro; 6° Il processo infiammatorio che determina fra le cisti e sotto il peritoneo la formazione di tessuto connettivo porta all'obliterazione di alcune cisti e costituisce così un processo di guarigione; 7° Nella maggior parte delle cisti non si hanno microbi; 8° All'interno di numerose cisti si vedono degli aghi cristallini fortemente rifrangenti che schiacciano le cellule della parete interna ed hanno probabilmente importanza nella formazione delle cellule giganti.

Quanto al contenuto gassoso delle cisti, le di-

verse analisi chimiche hanno dato risultati poco precisi e abbastanza disparati.

Jaeger indica così la composizione del gas cistico: CO_2:15 p. 100; O:5,6 p. 100; H:73.3 p. 100; Az:6,1 p. 100. Urban vi avrebbe trovato anche del metano.

Etiologia. — Una sola condizione etiologica nella pneumatosi addominale si ritrova con una frequenza sufficiente per meritare l'attenzione, e questa è la coesistenza di una affezione del tubo digerente (ulcera, cancro del piloro, occlusione intestinale acuta o cronica, appendicite, enterite, febbre tifoide, ecc.), per cui si comprende ch'essa abbia condotto a spiegazioni patogenetiche basate su un processo ulcerativo o meccanico locale.

Tuttavia la *patogenesi* non è ancora ben determinata. Le teorie emesse si possono raggruppare in quattro classi: neoplasica, chimica, meccanica, microbica.

La *teoria neoplasica* ha per padre Bang, per il quale la cisti è un neoplasma di cui il centro degenera e si liquefa per finalmente subire una trasformazione gassosa. Questa teoria paradossale e quasi completamente abbandonata ha avuto pochissimi seguaci.

La *teoria chimica* si confonde in generale con la teoria microbica.

La *teoria meccanica* ha avuto molto più successi delle precendenti e si comprende facilmente. Era abbastanza naturale immaginare che il contenuto gassoso del tubo digerente potesse infiltrarsi nella parete di questo tubo grazie ad una lesione della mucosa.

I gas accumulati sotto tensione non avrebbero alcuna difficoltà a penetrare negli spazi linfatici attraverso le soluzioni di continuo della mucosa. Miyake ha tentato di riprodurre sperimentalmente le cisti gassose insufflando la parete intestinale della cavia con un tubo di vetro capillare ed ha effettivamente ottenuto così delle cisti perfettamente analoghe a quelle che si formano patologicamente.

Ma le esperienze del Miyake non sono tuttavia dimostrative e d'altra parte contro la teoria meccanica si può far valere un argomento molto serio che è la presenza occasionale di cisti in diverse regioni dell'addome lontane dall'intestino.

La *teoria infettiva* è quella che è stata più generalmente ammessa. Gli autori che l'hanno sostenuta sono Klebs, Eisenlohr, De Camargo, Winands, Orlandi, Dupraz, Hahn, Faboulay, Miwa, Nigrisoli, Jaeger, Gröndahl, Jamanouchi, Arzt, Wasiljew, Martini. Ma fra questi autori alcuni hanno aderito alla teoria su semplici impressioni anatomo-cliniche; altri basandosi sulla presenza istologicamente constatata di microbi nella parete delle cisti; qualcuno infine in seguito a ricerche più diffuse sui caratteri che presentano questi microbi coltivati nei mezzi appropriati o iniettati negli animali.

Orlandi, Miwa hanno isolato da cisti dell'intestino un batterio gassogeno, senza però riuscire a riprodurre la lesione negli animali iniettati con colture di esso. Al contrario Dupraz e più tardi Jaeger hanno ottenuto risultati sperimentali positivi.

Senza dubbio si può opporre alla teoria infettiva l'assenza spesse volte constatata di elementi microbici in corrispondenza della lesione cistica, ma si può ammettere con Lejars che i microbi in causa restano nella mucosa o nella sottomucosa, e che i soli gas di cui hanno provocato lo sviluppo si diffondono per le vie linfatiche fino alla sottosierosa e vi si accumulano in vacuoli sporgenti.

Sintomi. — La sintomatologia propria delle cisti gassose è così ridotta ed incerta che esse non sono state mai diagnosticate prima che sia stato aperto il ventre operatoriamente o necroscopicamente. I sintomi che si rilevano nelle osservazioni sono di due ordini. I primi appartengono a una delle malattie addominali concomitanti segnalate e di cui i rapporti con la pneumatosi sono mal conosciuti. I secondi, propri della pneumatosi, sono il più delle volte l'espressione degli effetti meccanici della lesione. Le cisti gassose non dànno manifestazioni cliniche che quando per il loro volume o la loro sede possono agire meccanicamente su un segmento del tubo digerente: si avranno così fenomeni di stenosi che, secondo la sede, dànno luogo ad una sindrome di stenosi pilorica o ad una sindrome di occlusione intestinale più o meno accentuata. Obbiettivamente il ventre è aumentato di volume, si sentono alla palpazione delle masse elastiche e bernoccolute che la percussione dimostra sonore. La radioscopia a Barjon, Dupasquier e Laurent Moreau ha dimostrato che l'addome era luminoso dal diaframma alle creste iliache e che il fegato ricacciato contro la colonna vertebrale era separato dal diaframma da anse chiare.

Diagnosi. — Nell'assenza di segni fisici patognomonici la diagnosi di pneumatosi è difficile, tanto più poi che la malattia è estremamente rara. L'errore più facile a commettersi quando la pneumatosi si svolge da sola è di prenderla per una peritonite tubercolare, per i vomiti, le coliche, le alternative di stitichezza ostinata e di diarrea, il meteorismo addominale, le masse ineguali alla palpazione, le zone di sonorità incistate a scacchiere ed anche il versamento ascitico.

Prognosi. — La prognosi delle cisti gassose potrebbe essere considerata come benigna se si considerasse soltanto la lesione in sè senza tener conto delle complicazioni a cui può dar luogo

nè delle malattie distinte che frequentemente l'accompagnano. Sembra ben accertato che l'evoluzione delle cisti si faccia spontaneamente verso la guarigione. Questo hanno potuto constatare Urban, Mori, Wicherhauser, Tuffier, che, all'occasione di un reintervento chirurgico addominale o di un'autopsia praticati in soggetti operati poche settimane o pochi mesi prima, hanno notato come la pneumatosi fosse completamente scomparsa o quasi.

Senza dubbio si potrebbe dire che la laparatomia abbia avuto un effetto utile nell'evoluzione della malattia, ma ciò sembra poco probabile, sia perchè altri autori, in occasione di doppio intervento, hanno ritrovato le zone cistiche poco o per nulla modificate, sia perchè sembra che la lesione abbia un ciclo evolutivo di varia durata, finchè spontaneamente s'avvia alla guarigione.

Finora non si son viste recidive.

Cura. — Ogni intervento attivo diretto contro la pneumatosi è inutile e per di più impraticabile nella grande maggioranza dei casi: non si può pensare ad aprire o a resecare innumerevoli bolle gassose rivestenti una buona parte dell'intestino; tuttavia quando queste vescicole formano un tumore relativamente isolabile, se non peduncolato, l'ablazione ne sembra indicata. È la malattia fondamentale che ha fatto praticare l'operazione che dev'essere trattata.

B. MASCI.

ECHI E COMMENTI.

Sull'eziologia del gozzo.

In un articolo pubblicato nel fascicolo 5° della Sezione pratica di cotesto diffuso e pegiato giornale, a pag. 137, al titolo di *Medicina sociale* « per la lotta contro il gozzo endemico in Italia », leggo che negli ultimi anni precedenti alla guerra, vennero fatti specialmente dai tedeschi, un numero di lavori sperimentali sul gozzo.

Non essendovi accennate le esperienze fatte prima in Italia, e tra le altre quelle del dott. Munaron, assistente del sen. prof. Grassi, nonchè quelle del sottoscritto, eseguite nel laboratorio d'igiene della R. Università di Parma, diretto allora dal sen. prof. Rattone, di cui era assistente il prof. Gardenghi, così ricordo la mia memoria presentata e letta in una seduta dell'Associazione medico-chirurga di Parma e pubblicata nel bollettino di detta Associazione (anno 5°, 1904, n. 8, pag. 110) sotto il titolo di *Contributo all'eziologia del gozzo,* memoria preventiva, di cui è fatta menzione anche negli Annali dell'Istituto Pasteur, di detto anno.

Nei miei esperimenti sono riuscito a riprodurre nei cani una ipertrofia della tiroide con speciali alterazioni istologiche, ipertrofia e alterazioni dovute all'aver sottoposto i cani a dieta e fatiche speciali; condizioni non dissimili da quelle che si hanno tra le persone che vivono nei luoghi dove da noi regna endemico il gozzo.

Prof. L. GIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 aprile 1920.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, vice-presidente.

Contributo alla conoscenza dell'epilessia corticale sperimentale.

M. ASCOLI. — Da ricerche eseguite allo scopo di vagliare sperimentalmente il concetto di « centro epilettogeno » sul quale è fondata la terapia chirurgica dell'epilessia tanto jacksoniana quanto idiopatica classica, è venuto alle seguenti conclusioni:

1° Nel cane è possibile, mediante applicazioni localizzate e circoscritte di stricnina, su un centro determinato della zona sensitivo-motrice corticale, elevarne l'eccitabilità in grado tale, da far sì che si comporti come un vero centro epilettogeno primitivo sperimentale.

2° Distrutto il centro epilettogeno mediante escissione o causticazione non fu più possibile ottenere un accesso o per provocarlo fu necessario ricorrere a correnti faradiche molto più forti e applicate per un tempo più lungo.

Tali risultati portano un nuovo contributo alla dottrina della genesi corticale dell'epilessia e rappresentano la conferma sperimentale dell'opinione del Krause circa l'esistenza di un centro primitivo epilettogeno negli affetti da epilessia idiopatica.

Rapporto tra eccitamenti afferenti ed epilessia sperimentale.

G. AMANTEA. — Dopo aver ricordato i principali dati che la letteratura fornisce nei riguardi della epilessia riflessa sperimentale e quelli concernenti casi analoghi riscontrati in clinica, mette in evidenza i vantaggi che il metodo della stimolazione chimica localizzata e circoscritta mediante la stricnina da lui seguito può dare per ulteriori indagini relative al complesso problema della patogenesi dell'epilessia in genere, ed espone il piano di lavoro che si è proposto di svolgere.

Il metodo delle fistole sperimentali applicato allo studio delle funzioni uterine nella cagna.

G. AMANTEA e K. KRZYSZKOWSKY. — Gli AA. hanno adottato variandolo opportunamente il metodo dell'Ivanow. Dopo aver stabilito che attraverso un taglio condotto tra l'ultimo e il penultimo capezzolo per 4-5 cm. in una cagna si può raggiungere il corno uterino dello steso lato, hanno potuto operare e seguire durante il periodo di fregola l'animale che presentano. In essa cagna recisero il corno destro al terzo medio suturandone separatamente le estremità recise alla cute e ottenendo così una doppia fistola, del moncone periferico e del moncone ovarico. La cagna incominciò a presentare i primi segni di fregola dopo circa due mesi dall'operazione.

La durata di tale periodo dedotta dalle modificazioni uterine risultò di oltre 30 giorni, quella del periodo di estro propriamente detto di circa una settimana. In coincidenza con quest'ultimo periodo poterono rilevare la comparsa di caratteristici e particolari riflessi che si potevano provocare con la stimolazione adeguata dei genitali esterni e della mucosa vaginale e che deponevano per particolari modificazioni funzionali dei centri nervosi.

Reperti istopatologici nell'encefalite epidemica.

S. MARCORA. — L'O. espone alcuni reperti istopatologici nell'encefalite epidemica nella quale le alterazioni più caratteristiche sarebbero quelle vasali e starebbero a dimostrare che la maggior parte degli elementi che costituiscono l'essudato sono di origine istiogena e non ematogena. Per quanto si riferisce alle cellule nervose le alterazioni vanno fino alla distruzione dell'elemento stesso.

Su l'argomento prende la parola il prof. Schiboni per dire che nelle ricerche compiute col Dr. Bompiani non ha trovato alterazioni vascolari nei gangli spinali mentre ha trovato atrofia delle fibro-cellule muscolari.

I vaccini antirabici fenicati.

V. PUNTONI. — L'O. riferisce alcune esperienze eseguite mediante le quali ha potuto fissare un uso razionale del vaccino fenicato proposto dal Fermi, impiegando una serie di emulsioni a crescente virulenza.

L'A. spiega quindi nel seguente modo la differenza di efficacia fra i vari tipi di vaccino: col metodo Pasteur si sfrutta bene il potere immunizzante specifico del virus, ma si riduce la sostanza nervosa ad uno stato di essiccamento che la rende pochissimo immunizzante; col metodo del Fermi si mantiene la sostanza nervosa in uno stato di completa freschezza e attività ma non viene sufficientemente disciplinato e sfruttato il grado di attività del virus; col metodo delle emulsioni fenicate a crescente virulenza proposto dall'A. si ottiene il massimo rendimento, utilizzando, per quanto è possibile, il potere antigeno di ambedue i fattori.

E. GROSSI.

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Tornata del 14 febbraio 1920.

Sull'encefalite letargica.

Il prof. L. GIUFFRÈ rileva che una delle prime comparse di questa affezione è certamente quella del 1557-58 di cui dà notizia Ingrassia, secondo fu già rilevato dall'Ozanam. Difatti l'Ingrassia parla di ammalati a cui si fa « evaporatione in testa con certo stordimento, di sorta che vegliano dormendo et dormono vegliando ».

Riguardo alla sintomatologia, essa è variabile, polimorfa, per cui le forme cliniche si sono moltiplicate a seconda che prevale il letargo o il delirio o la paralisi o altro disordine motorio (movimenti disordinati tremori, mioclonie, catatonie) o i disturbi sensitivi (dolori iperestesie, anestesie) o quelli trofici, ecc.; e poi a seconda che si tratta di forme più o meno complete o incomplete, e poi a seconda il decorso acutissimo, acuto, subacuto o cronico, perchè la durata può essere anche di tre quattro mesi e più. L'O. crede che non sia lodevole la tendenza a moltiplicare queste forme, tanto più che le osservazioni cliniche fatte con tutta diligenza non sono poi molto numerose.

La fisiologia patologica e l'anatomia patologica ci danno conto di questo polimorfismo clinico. L'O. si ferma a descriverle accuratamente

Nell'ignoranza in cui tuttora si è dell'agente etiologico, si può ammettere soltanto che si tratta di una malattia infettiva e non di una intossicazione simile a quella botulinica segnalata da alcuni, a quella da alcool trovata nella polioencefalite di Wernicke o a quella di origine intestinale segnalata pure per la polioencefalite da Tornatola. Similmente bisogna escludere per parecchie ragioni che si tratti dello stesso virus dell'influenza o della poliomielite acuta.

Le forme con cui eventualmente si deve fare la diagnosi differenziale sono la meningite cerebrale o la cerebro spinale, la poliomielite acuta, le polioencefaliti comuni, il botulismo, lo stupore epidemico dei bambini, descritto di recente da Batten e Still.

Non si può parlare di una vera profilassi specifica ma sono da raccomandare le comuni regole igieniche.

In alcuni casi si sono ottenuti buoni risultati dall'uso di sieri o vaccini eterogenei, dell'elettrargolo, dell'urotropina, del fenolo lipoide N., dell'iniezione di sieri di convalescenti.

Il prof. V. PIAZZA MARTINI espone sette casi di encefalite letargica, da lui osservati in pratica privata.

Si ferma sulla diagnosi. L'O. afferma che, prevalendo il sonno, come sintomo unico e spiccato, è necessità assoluta escludere tutte le cause di errore: intossicazione gastro-intestinale, diabetiche, uremiche, insufficienze epatiche, pancreatiche, tumori cerebrali, ecc. Quando l'infezione assume la forma tifoide è bene stabilire presto, coi medesimi mezzi d'indagine clinica, se trattasi di tifo o meno, e ciò per la prognosi più che altro, e per la cura.

Quanto all'agente patogeno, l'O. afferma che sin ad oggi esso non si conosce; le ricerche batteriologiche sono rimaste infruttuose. E siamo al punto dove ci lasciò l'Archiatra torinese Bellingeri, il quale al 1825, nella sua *storia delle encefaliti* che regnarono in Piemonte al 1824, scriveva: che in questo, oltre la calda stagione, è mestieri riconoscere un vizio ignoto nell'atmosfera, un *quid ignotum* nella sua natura e riconoscibile soltanto dai suoi effetti nel corpo umano.

Discussione.

Il prof. DIONISI descrive le alterazioni anatomo-patologiche.

Il prof. LODATO afferma che nella encefalite letargica esiste diplopia che può essere transitoria e variabile: questi caratteri non si osservano per solito nelle diplopie da altra causa.

Il prof. CIMINO crede opportuno riferire che in tale forma di encefalite può aversi paralisi della vescica, cosa che ancora, per quanto gli risulta, non è stato detto da nessun autore.

Il prof. ARNONE ha potuto osservare che, prima ancora dell'insorgere del letargo o del delirio o di movimenti anormali, l'infermo spesso si accorge di un cambiamento di carattere, avvertito il più delle volte come torpore cerebrale, apatia, disorientamento specialmente. Costanti sono le parestesie, le ipo ed ipoestesie.

Riferisce il caso di una famiglia i cui individui furono affetti successivamente, a distanza di pochi giorni, da cefalea intensa, insonnia, vertigine, opacamento della vista, torpore cerebrale, senso di disorientamento, fatti che egli credette di attribuire a botulismo finchè in uno di essi l'aggravamento dei sintomi ed il comparire di disturbi visivi fece fare la diagnosi di encefalite.

CIULLA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Valore diagnostico delle glandole toraciche laterali.

S. Plashkes (*Wien Med. Wochensch.* n. 12, 1920) ha osservato spesso la presenza di glandole ingrossate nelle parti laterali del torace, tra il secondo e il sesto spazio intercostale; queste glandole di grossezza varia (da quella di una lenticchia e quella di un fagiuolo) indolenti e spostabili, erano a volte uniche, a volte riunite in pacchetto, a volta situate ciascuna in uno spazio intercostale diverso sempre in corrispondenza però alla linea ascellare media.

Queste glandole oltre a ricevere i linfatici della cute toracica ed epigastrica sono in comunicazione con la pleura costale per mezzo di un vaso linfatico che perfora lo spazio intercostale; essi si anastomizzano probabilmente pure coi linfatici del peritoneo. L'ingrossamento di tali glandole non è un segno di lesione tubercolare. La causa più frequente di tale ingrossamento è rappresentato da affezioni cutanee alla regione toracica inferiore ed alla regione epigastrica; in alcuni casi però la causa dell'ingrossamento glandolare va ricercata in affezioni croniche della pleura costale o del peritoneo parietale.

POLLITZER.

Sui rapporti fra l'influenza e la tubercolosi.

Alla mano di otto casi, la cui storia viene illustrata molto dettagliatamente, Kayser-Petersen (*Münch. Mediz. Wochens.*, anno LXII, numero 44), viene alle seguenti conclusioni:

1° Che, preesistendo una tubercolosi polmonare — d'accordo con la maggior parte degli autori — il decorso dell'influenza dipende anzitutto dal grado dell'affezione polmonare; processi apicali incipienti e le cirrosi benigne non vengon generalmente influenzate, mentre quasi tutti i casi gravi prendono una piega funesta. Ciononostante l'autore vide un caso di apicite, in cui contemporaneamente alla polmonite influenzale insorse una disseminazione miliare d'ambo i polmoni con esito letale;

2° Dopo l'influenza si osservano spesso infezioni tubercolari recenti, ossia focolai latenti, prima non diagnosticabili diventano manifesti. Degna di nota è la localizzazione centrale del processo, chiaramente dimostrabile specie colla radiografia. Questa localizzazione va attribuita al fatto che l'influenza decorre con una rilevante tumefazione delle linfoglandole mediastinali, la quale può persistere per parecchio

tempo, formando un *locus minoris resistentiae* per l'attecchimento e la diffusione del virus tubercolare.

Esiste in ciò un'analogia col morbillo;

3° Fu osservato un caso di polmonite cronica che con ogni verosimiglianza deve essere interpretato quale conseguenza dell'influenza.

M. P.

I fattori extracircolatori nell'angina di petto.

Bohan (*The Journ. Missouri Med. Ass.*, 1919, n. 10) pubblica delle osservazioni comprovanti che l'angina può esser dovuta a cause aventi sede all'infuori del sistema cardiovascolare e spesso associate a surmenage del cuore.

Il primo malato, medico di 54 anni, era affetto da angina che come causa provocatrice aveva una irritazione di origine dentaria del trigemino. L'estrazione di due denti cariati fece migliorare il succedersi e l'intensità degli accessi.

Secondo l'A. l'irritazione del quinto si riflette sull'origine centrale del vago la cui eccitazione accresce la tonicità cardiaca essendo così causa immediata della sindrome anginosa.

La stessa patogenesi invoca in un altro malato di 49 anni nel quale bastava il sollevamento del braccio sinistro al disopra del letto per provocare l'accesso e nel quale malato la radiografia dei denti svelò cinque granulomi.

Estratti i denti malati gli accessi scomparvero.

Nel terzo malato, altro medico, l'esame clinico, radiologico, sierologico era negativo; nella produzione dell'angina sembrava essere in giuoco una nevrite dell'arto superiore sinistro associata a colelitiasi. Crisi di colica epatica occasionarono un raddoppiamento degli accessi anginosi, l'ablazione dei calcoli fu seguita da un grande miglioramento ma un leggero accesso riappariva quando esponeva al freddo il suo braccio sinistro.

MONTELEONE.

TERAPIA.

L'uso dell'alcool in terapia.

W. H. Porter riconosce che l'alcool può portare notevoli vantaggi in terapia. Esso va prescritto fin dall'inizio dei processi patologici, a quei pazienti che hanno bisogno di stimolanti rapidamente ossidabili. I risultati, quali vengono dimostrati dalle statistiche ospedaliere parlano nettamente in favore di questa tesi; d'altronde l'azione benefica dell'alcool durante le malattie è riconosciuta anche da diversi medici abolizionisti.

L'A. ha trovato utile l'alcool, anche nell'insonnia ed in parecchi disturbi nervosi, nei quali egli prescrive un po' di buona acquavita o di *Whisky*, ben diluito, un'ora prima dei pasti ed al momento di andare al letto.

Molte esistenze possono essere salvate con l'alcool, nelle forme polmonari e tossiche con depressione spiccata; nella tubercolosi avanzata e nelle malattie infettive sono notevoli gli effetti benefici che si possono ottenere con l'uso sistematico dell'alcool, e così pure nei bambini con forme settiche da difterite e da tifoide.

La spiegazione di tali effetti è da riconoscersi nel fatto che l'alcool può produrre calore e forza (un grammo dà sette grandi calorie) senza dispendio di energia digestiva.

Senza entrare nel merito dell'abolizione o meno delle bevande alcooliche, si deve quindi riconoscere, secondo l'A., che l'alcool ha un uso definito, che non può essere sostituito da nessun altro prodotto.

fil.

PROFILASSI.

Risultati dei metodi di lotta antimalarica.

Wickliffe Rose (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 8 nov. 1919) ha fatto in proposito numerose ricerche in diverse località dell'Arkansas: *a*) con la lotta antianofelica contro il piccolo paludismo, senza ricorrere a bonifiche in grande; *b*) con l'applicazione delle proiezioni; *c*) con la profilassi chininica; *d*) con l'immunizzazione dei portatori.

Dal lavoro, condotto con intenti essenzialmente pratici, risulta che la lotta antianofelica è utile e redditizia nei paesi con malaria non eccessivamente diffusa, mentre rappresenterebbe una spesa proibitiva in quelli con malaria grave. In questi ultimi, i casi di malaria possono venire di molto ridotti con gli altri metodi accennati, che, applicati senza esagerazione, non superano la capacità finanziaria delle popolazioni. Queste d'altra parte sono già disposte a sottostare ad imposizioni di tasse per la lotta antimalarica; la spesa annuale, con l'80 % di riduzione dei casi di malaria su 8000 abitanti, è stata calcolata in poco più di un dollaro a testa.

fil.

Profilassi delle affezioni grippali.

A. Riff (*Presse médicale*, 31 genn. 1920) ritiene che a tale scopo siano molto utili i gargarismi, purchè si facciano a dovere, cioè abbassando la lingua fino a lasciar colare il liquido fino alla parete posteriore del faringe ed all'epiglottide.

Questi gargarismi andrebbero fatti 3 volte al giorno, e, ad ogni modo, subito dopo che si avverte un certo raschiamento in gola, fatto, che secondo l'A. sarebbe l'indizio sicuro che l'influenza incomincia. Le sostanze da usarsi sono

il borato di soda, l'acqua ossigenata, il clorato di potassio.

Più difficile è la protezione della cavità nasale, che, secondo l'A., può farsi con la canfora. Si versano sopra un fazzoletto alcune goccie di alcool canforato concentrato (preparato aggiungendo 20 gr. di canfora a 100 gr. di alcool canforato officinale): il fazzoletto si ripiega, e rimane impregnato di canfora, lo si usa poi, durante la giornata, per alcune inspirazioni profonde.

Per gli individui che soffrono di secchezza al naso, la canfora sarebbe da sconsigliarsi. L'A. prescrive allora l'uso della pomata seguente:

Gomenol 30 goccie: mentolo cg. 5-10: acido borico g. 3: vaselina g. 30.

Questi medicamenti offrirebbero secondo l'A. una protezione quasi certa: essi devono essere integrati da cure igieniche (pulizia, astenersi dagli eccessi, ecc.) consigliando altresì alle persone che vi sono abituate, un grog caldo; il tabacco è sempre nocivo. *fil.*

TECNICA.

Tracheotomia tranquilla.

Per evitare i disturbi riflessi, che si verificano quando si apre la trachea, e che possono anche avere gravi conseguenze, St. Clair Thomson (*British med. Journ.*, 11 ott. 1919) consiglia il metodo seguente:

Scoperta la trachea, nel modo solito, sotto anestesia locale, si iniettano con un ago fino, introdotto fra due anelli della trachea stessa, 10-15 goccie di soluzione di cocaina al 2 e mezzo per cento. Ne deriva un leggero accesso di tosse, affatto transitorio: cinque o dieci minuti dopo si può aprire la trachea, senza alcun timore. L'A. ha usato questa tecnica per cinque anni, sempre con buoni risultati. *fil*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1122) *Sul trattamento dell'epilessia.* — Al dottor Garovi, Piacenza:

I. Quando i comuni bromuri non sono tollerati, bisogna saggiare altri composti a composizione diversa (pirobromone), o che si scindano più lentamente, quali gli albuminati di bromo (bromoalbacide, bromoegone) od i peptonati (bromone, peptobromoergone), o che si scindano nell'intestino, quali la bromocolla (composto di tannino, gelatina e bromo) o la sabromina (sale di calcio dell'acido bibromobenico).

II. Gli esantemi da bromo dipendono da decomposizione che i bromuri subiscono sulla cute per l'azione delle secrezioni acide delle ghiandole sebacee. La cura migliore quindi, per impedire la formazione sulla cute dapprima di ac. bromidrico e poi la messa in libertà di bromo, è rappresentata da bagni tiepidi alcalini (coll'aggiunta cioè di un po' di carbonato sodico).

III. Se per assolute necessità di cura dell'acne medicamentoso va abbandonato il bromo sotto qualsiasi forma, si può domandare l'azione antiepilettica ai sali di calcio: cloruro di calcio, lattato di calcio alla dose di gr. 2-3 pro die. È preferibile il lattato di calcio perchè si assorbe in maggior quantità del cloruro di calcio.

G. NARDELLI.

(1123) *Cura dei condilomi acuminati.* — All'abb. n. 9203:

La cura dei condilomi acuminati suol farsi a mezzo di sostanze caustiche (per i più piccoli), dell'ansa galvanica, dell'escissione e successiva causticazione col Paquelin, ecc. (per i più voluminosi).

Fra le sostanze caustiche è molto usato l'acido fenico puro.

Le recidive si debbono in genere imputare a stati irritativi per poca nettezza delle parti, per balaniti, uretriti croniche, ecc. ed in tal caso è necessario rimuovere queste condizioni predisponenti. V. MONTESANO.

(1124) *La cura della causalgia.* — Al dott. F. A. di Avellino: La denudazione dell'arteria si pratica, in corrispondenza della parte traumatizzata, asportando 10-12 cm. del tessuto perivascolare simpatico-cellulare, ossia dell'avventizia e del tessuto circostante. Per il dettaglio dell'operazione consulti il lavoro del Tenani pubblicato nell'annata 1918 di questo periodico.

Sull'efficacia del metodo di denudazione vascolare, che pure vanta qualche successo, non tutti sono d'accordo, ritenendo alcuni essere di più sicuro effetto la sezione del nervo al disopra o al disotto del punto traumatizzato, ed altri ritenendo più consigliabile l'alcoolizzazione del nervo. DRAGOTTI.

(1125) *Pavor nocturuns.* — All'abb. n. 5071:

Il pavor nocturuns è stato distinto in idiopatico e sintomatico, ma in effetti esso è sempre l'espressione di uno stato neurotico. Comunque, possono determinarlo od aggravarlo gli stati di esaurimento organico, le emozioni, gli stati dispeptici, le vegetazioni adenoidee, i vizi di refrazione, i parassiti intestinali, ecc.

La cura deve essere indirizzata ad eliminare le cause coadiuvanti, a rafforzare l'organismo (buona alimentazione, moto all'aria aperta, preparati arsenicali, ecc.), e far sì che il riposo del paziente sia comodo ed indisturbato (riposo in letto soffice, camera ampia e lontana dai rumori, ecc.). Giovano poi senza dubbio i colmanti e gli ipnotici (bromuri, cloralio, veronal, ecc). *dr.*

(1126) Dott. L. N., Milano. — *La rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia* si pubblica a Catania ed è diretta dal professore D'Abundo.

dr.

(1127) Al dott. G. A. — Massa:

LANDOUZY. *Chrénothérapie, Thalassothérapie, Clématothérapie.* Un vol. della Bibliothèque de thérapeutique de Gilbert et Carnot. Baillière ed. Parigi.

CARTON P. *La cure de soleil et d'exercices chez les enfants.* A. Maloine ed. Parigi.

CAZIN M. *La cure solaire des blessures de Guerre.* A. Maloine ed. Parigi.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

FOÀ PIO. *Trattato di anatomia patologica.* Unione tipografica editrice torinese, 1920.

Questo trattato, di cui il prof. Foà ha assunto la iniziativa, è l'esplicazione della volontà e della capacità della medicina italiana di redimersi da ogni soggezione straniera. Modo positivo e foriero di bene, perchè non deriva dall'esclusione dei contributi scientifici delle altre nazioni, ma anzi li tiene nel dovuto conto per giungere a quelle sintesi di cui, con l'ausilio dei lavori italiani, la medicina è capace; modo brillante, perchè la sintesi è chiara, limpida, criticamente formulata come si addice al genio di nostra gente.

A questi lodevoli intendimenti cui il Foà s'è inspirato nel dirigere il presente trattato, risponde benissimo il primo fascicolo testè uscito alla luce.

Esso è magistralmente dettato dallo stesso Foà, ed espone uno dei più difficili e ponderosi argomenti di patologia: sangue e organi ematopoietici. In meno di 200 pagine è disposto con originalità quanto di meglio e di più moderno è assodato sulle alterazioni anatomiche nelle malattie del sangue, della midolla delle ossa, della milza e delle glandole linfatiche.

Perchè tali alterazioni riuscissero più facili alla mente degli studenti e dei medici, per i quali il libro è scritto, sono fatte precedere da nozioni di anatomia fisiopatologica normale. Ogni capitolo è seguito da una ricca *bibliografia* cui potrà attingere lo studioso che voglia approfondire ogni singola questione con la conoscenza diretta delle monografie più importanti.

Se il rimanente dell'opera, come dalla scelta dei collaboratori è lecito presumere, risponderà ai pregi di questo primo capitolo, i nostri medici avranno facilitato il còmpito di apprendere, perchè troveranno concezioni omogenee ai loro studi e al loro spirito, e noi con soddisfazione constateremo che i nostri trattati nulla hanno da invidiare ai migliori stranieri.

a. v.

VARIA.

I libri e il cambio. — La Germania gran fornitrice di carta stampata ha visto rapidamente rarefarsi le sue riserve librarie col deprezzamento del marco coincidente colla ripresa dei commerci.

Parrebbe che tutto il mondo si fosse precipitato alla fonte tedesca assorbendo gli stampati a prezzi di liquidazione ed esaurendo rapidamente le riserve.

La Buchhandel Borsenverein è corsa ai ripari gravando i libri per l'estero di un sopraprezzo che porta i valori nominali a cifre altissime. Così un volume del costo di marchi Mk 80 è sovratassato per l'estero al prezzo di Mk 640 e il pareggio temporaneo è fatto.

Molto gravi sono le condizioni delle biblioteche. La Staats Bibl. di Berlino che aveva 2300 riviste, esaurisce nell'abbonamento a 170 di esse tutta la sua dotazione.

Gli studenti di Erlangen preoccupati di questo stato di cose, considerando che nel 1919 fuoruscirono dal Reichs 8 miliardi in acquisto di tabacco e di cioccolatto contribuendo notevolmente alla svalutazione del marco hanno iniziata una crociata contro le sigarette e i cioccolatini il cui consumo sarebbe ormai indice di poco amor patrio. (Da *Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la crisi della stampa medica.

Il 15 and. in una sala della Associazione della stampa si è riunita l'Assemblea della Sezione medica dell'associazione della stampa scientifica italiana, convocata straordinariamente per decidere sui provvedimenti da adottare per fronteggiare la gravissima crisi nella quale si dibatte il giornalismo medico.

Presiedeva il prof. *Vittorio Ascoli*, il quale ha innanzi tutto commemorato i soci defunti proff. Ceccarelli, Rummo, Tamburini, Bossi, Levi e Bai ed il comm. Morelli.

Ha inviato un caloroso saluto al presidente dell'Associazione prof. Morselli ed al segretario prof. Segale che con la loro autorità e con il loro interessamento hanno saputo mantenere in vita, nei difficili anni della guerra, l'organizzazione.

Il prof. *Ascoli* quindi ha messo in evidenza le cause dell'attuale crisi finanziaria della stampa medica: l'enorme costo della carta, della mano d'opera e delle tariffe postali. Ha accennato ai fatti per i quali la stampa medica in Italia soffre ora per la crisi generale più che in altri paesi: la scarsa diffusione all'estero in rapporto alla deficiente conoscenza della nostra lingua, lo scarso interessamento che i medici italiani hanno per il giornalismo scientifico ed infine la invasione di giornali di pubblicità pseudo-scientifici.

La pubblicazione dei periodici di medicina in Italia, ha affermato il prof. *Ascoli*, si deve unicamente ad iniziative di scuole che non hanno la potenzialità economica per sostenere convenientemente imprese del genere. L'industria del giornalismo medico, che nei paesi più progrediti è molto avanzata e redditizia, in Italia è appena abbozzata. Ed i pochi che l'hanno tentata sono veramente dei coraggiosi. Occorre unirsi, fondere le energie per migliorare la stampa medica italiana. È necessario lavorare per imporsi all'interno e farsi apprezzare all'estero. È certo però che dalla guerra si è tratto il vantaggio della completa emancipazione del pensiero medico italiano dalla egemonia tedesca. Lavorando ancora, e sopra tutto lavorando uniti, si riuscirà a valorizzare convenientemente all'estero la scienza medica italiana.

L'on. prof. *Cirincione* anche a nome degli on. prof. *Baglioni* e *Capasso* presenti ha assicurato che i deputati medici svolgeranno opera proficua a favore della stampa medica.

Hanno quindi parlato i proff. *Sanarelli, Segale, Ferrannini, La Torre, Capasso*; i dott. *Cremonese, Dragotti, Verney* e *Della Seta*.

Dopo di chè l'assemblea votò il seguente ordine del giorno:

« La Sezione medica dell'Associazione della stampa scientifica italiana tenuto conto delle gravissime difficoltà finanziarie nelle quali si dibatte il giornalismo medico in rapporto all'aumento del costo della carta, della mano d'opera e delle tariffe postali ritiene necessario adottare provvedimenti straordinari e chiedere allo Stato facilitazioni che l'aiutino ad uscire dalla crisi che ne minaccia l'esistenza. A tale scopo:

1° Delibera che sia aumentato il prezzo di abbonamento di tutti i periodici di medicina; incaricando la Giunta direttiva di decidere in merito agli aumenti proporzionali che dovranno essere attuati dai singoli periodici;

2° Domanda al Governo:

a) di fornire ai periodici di medicina a prezzo di favore tipi di carta rispondenti alle esigenze della stampa medica. E al riguardo incarica la Giunta di fare la richiesta globale e la relativa ripartizione della quantità di carta necessaria per tutti i periodici;

b) che sia concessa ai periodici di medicina per le spedidioni a conto corrente la tariffa postale di cui già godono i periodici politici quotidiani ed i gornali di amena lettura;

c) che sia ripristinata la tariffa postale speciale, così detta editoriale, per tutte le altre spedizioni di stampati effettuati dalle amministrazioni dei periodici di medicina;

d) che sia esteso anche a vantaggio dei periodici medici la concessione di cui il decreto 507 emanato in favore della stampa politica e di lettura amena circa la facoltà di modificare i contratti e gli appalti di pubblicità ».

Il prof. *Segale* ha fatto un'ampia relazione del lavoro compiuto dall'associazione durante gli ultimi sei anni, dell'opera stessa a favore della stampa e sopra tutto della partecipazione al Congresso della stampa di Lipsia, alla quale della stampa italiana partecipò solo quella medica con brillanti risultati.

Si è discusso sul modo di diffondere all'estero la cultura medica e si è approvato al riguardo un progetto presentato dal prof. *Segale*.

Si è infine proceduto alla elezione delle cariche sociali. Il prof. *Enrico Morselli* è stato proclamato presidente onorario, ed il prof. Sanarelli presidente effettivo. A membri della Giunta sono stati designati i proff. *Ascoli, Segale, Ferrannini, Mangiagalli, Pagliani, Lucatello, Giuffrè, Busi, Dragotti* segretario.

La riunione dell'Associazione professionale dei dermatologi.

In occasione delle feste giubilari del prof. Majocchi si è tenuta a Bologna l'8 giugno la VII riunione dell'associazione professionale dei dermatologi italiani nell'ospedale di S. Orsola.

Tra i presenti notati i proff. Montesano, Carrucciò, Terzaghi, Malusardi e Basili di Roma; Giuseppe Verrotti e Arturo De Amicis di Napoli; Pasini di Milano; Lombardo di Cagliari; Mazzolari di Cremona; Murero di Udine; Pini, Martinotti, Lucchetti di Bologna; Mariani di Pavia.

Alla presidenza prendono posto: il presidente dell'Associazione prof. G. B. Fiocco di Venezia, il vice presidente prof. Cappelli di Firenze ed il segretario prof. Terzaghi di Roma.

Il presidente prof. Fiocco apre la seduta inviando un saluto al ch.mo prof. Majocchi, di cui si festeggia il giubileo d'insegnamento, e ringraziandolo dell'ospitalità concessa nella sua clinica. Passa quindi a commemorare con nobili parole il compianto socio dottor G. B. Locatelli di Brescia che presso a morire legò all'Associazione professionale una somma di lire 20.000 per la fondazione di un premio della specialità. Pro-

pone tra l'unanime consenso dell'assemblea di rinnovare alla famiglia del socio scomparso le condoglianze dei colleghi. Il presidente annunzia poi di aver presentato all'autorità competente l'ordine del giorno Piccardi votato nella precedente riunione e contenente i desiderata della classe.

Su proposta del prof. Pasini di Milano si approva un ordine del giorno col quale si chiede che la specialità e la consulenza dermatologica, in vista della grande frequenza delle malattie della pelle nei ferrovieri, sia considerata fra le specialità necessarie per consulenza e ciò nell'interesse tanto dei ferrovieri quanto dell'Amministrazione dello Stato.

L'assemblea si occupa poi di altri importanti argomenti tra cui principalissimo quello sulle assicurazioni contro le malattie manifestando in merito le proprie preoccupazioni sull'eventuale danno che arrecherebbero agli interessi della specialità le nuove disposizioni del progetto di legge. Al riguardo si delibera di unire le due presidenze, dell'associazione dermatologica e di quella professionale, per una comune azione di difesa degli interessi della classe.

La seduta termina con un applaudito discorso di chiusura del presidente prof. Fiocco.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La riforma dei servizi locali di vigilanza igienico-sanitaria

Trovasi dinanzi al Parlamento un disegno di legge riguardante la « Modificazione delle norme in vigore circa i servizi locali di vigilanza igienico-sanitaria ». Per effetto di queste disposizioni devono avere un ufficio sanitario proprio, con convenienti laboratori, i comuni capoluogo di provincia e tutti gli altri per i quali il prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità, ne riconosca la necessità, tenuto conto delle particolari caratteristiche di popolazione, di importanza industriale e commerciale e delle esigenze del servizio di vigilanza igienica (art. 4); devono avere un ufficio sanitario proprio adeguato ai bisogni locali, i comuni non compresi nell'articolo precendente che abbiano una popolazione non inferiore a 25,000 abitanti, o per i quali, pur non raggiungendosi tale limite di popolazione, ne sia riconosciuta la necessità a termini dell'articolo precedente (art. 5); i comuni compresi nella stessa circoscrizione mandamentale di quelli indicati negli articoli precedenti sono di regola aggregati ad essi agli effetti dell'ufficio sanitario (art. 6); tutti gli altri comuni provvedono all'obbligo della vigilanza igienica proporzionata alle esigenze locali, (di cui all'art. 2) mediante un ufficio sanitario intercomunale (articolo 7).

Questi raggruppamenti da farsi, in via normale, per mandamento, è stabilito avvengano con disciplina formale, semplice e rapida, evitando le ingombranti formalità, sempre ostiche agli uffici che devono applicarle.

Nell'ufficio sanitario troveranno sede competente e coordinazione tutti i servizi di vigilanza igienica e di assistenza sanitaria, sotto la direzione dell'ufficiale sanitario che ne è il capo.

A capo di un ufficio sanitario, organicamente costituito, con attribuzioni ben delineate e responsabilità notevole, saranno preposti medici che offrano tutte le garanzie d'attitudine e capacità, mentre agli uffici stessi si assicura l'operosità più libera, più continua, più incondizionata.

Il che si ottiene, in primo luogo, scegliendo gli ufficiali sanitari mediante il pubblico concorso per titoli, in secondo luogo, vietando ad essi l'esercizio professionale, eccettuato il publico insegnamento, mentre, d'altra parte, è loro corrisposto un congruo *stipendio*, in sostituzione dell'*indennità* assegnata attualmente.

Quanto al personale sanitario, il disegno di legge procura di conciliare nel miglior modo gl'interessi, eventualmente non coincidenti, del servizio e del personale attualmente in carica, tutelandone i diritti acquisiti compatibilmente colle esigenze e l'importanza delle funzioni.

Pei laboratori, si dispone che servano non solo al comune del cui ufficio fanno parte od anche a quelli aggregati, ma a tutta la Provincia o a parte di essa.

Alle spese si provvede, oltrechè dai Comuni, dalla Provincia e dallo Stato, rispettivamente, per 1/5 e 2/5 per gli uffici intercomunali, per quello dei capoluogo che abbiano meno di 25 mila abitanti e per quelli a cui siano aggregati altri comuni, nella parte di maggiore spesa derivante da tale aggregazione.

Entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello della pubblicazione della legge sarà provveduto alla formazione della pianta organica degli uffici e la legge dovrà avere graduale attuazione entro un decennio.

Notiamo, che base della riforma è ancora, per la maggioranza dei comuni, la costituzione dei consorzi intercomunali e che tale ordinamento, progettato già in base alla legge del 1904 « incontrò difficoltà » come è detto nella relazione stessa del presente disegno, « insormontabili ed insormontate ».

E' bene, tuttavia, rilevare che ora ai comuni sarebbe dato un notevole contributo nelle spese, togliendo loro così il pretesto principale dell'opposizione, quello di carattere economico, ed, inoltre, che circa l'opposizione allora fatta anche da parte del personale incaricato del servizio, si vuole porre a capo dei nuovi uffici, medici di riconosciuta capacità ed autorità di guisachè gli altri medici non potranno sentirsi sminuiti nel loro prestigio.

Un punto, però, deve essere ben fissato e adeguatamente stabilito nelle disposizioni regolamentari, la cui trascuranza fu, secondo noi, una delle cause principali della poca efficacia avuta dall'ordinamento in vigore, ed è quello riguardante gli agenti sanitari, che vogliono essere instituiti a servizio di tutti i comuni anche piccoli e forniti degli indispensabili requisiti di capacità ed attitudine.

La riforma nel suo complesso segna un notevole progresso nel nostro ordinamento sanitario.

a. p.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli stipendi ai sanitari comunali.

L'on. Evoli ha interrogato il Ministro dell'interno « per sapere quali provvedimenti intenda adottare perchè senza ulteriori indugi sia elevato in equa misura lo stipendio dei medici condotti, degli ufficiali sanitari, delle levatrici e dei vete-

rinari condotti; e se approvi la singolare procedura del prefetto di Catanzaro, che, nel comporre la Commissione per lo studio dei miglioramenti economici del personale sanitario dei Comuni, non avvertì il dovere di includervi la rappresentanza degli interessati ».

Per la crisi ospedaliera.

Il sen. prof. Lustig aveva interrogato il Ministro dell'Interno circa i provvedimenti per venire in aiuto delle Amministrazioni Ospitaliere ed ha ricevuto la seguente risposta: « Il Governo è già informato della gravità della situazione finanziaria della crisi ospitaliera e ritiene che il miglior rimedio sarà dato dalle norme che regoleranno l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, norme contenute in un progetto di legge già presentato al Parlamento.

« Ad ogni modo, per quanto riguarda i provvedimenti di natura finanziaria, che possano per ora contribuire ad alleviare le deficienze finanziarie di tali Istituti, questo Ministero sta compiendo gli studi necessari e si ripromette in un tempo relativamente breve di comunicarne i risultati.

« Nell'occasione si deve però far rilevare che col fondo, di cui al D. L. 3 ottobre 1918, n. 1452, sono state date larghe sovvenzioni agli Istituti ospitalieri del Regno, che se non altro sono valse a provvedere ai bisogni più urgenti di essi ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8299) *Indennità caro-viveri.* — Dott. P. P. da L. Noi riteniamo che la indennità supplementare di cent. 85 al giorno spetti sempre ancorchè fra i primi tre figli vi sia qualcuno maggiorenne, perchè anche fra costoro si possono trovare individui inoperosi che gravano il bilancio della famiglia. Altri, però, non preoccupandosi della condizione di *carico* in cui eventualmente si trovino tutti i figli, ma solamente della loro età, ritengono che quando fra i primi tre vi sia qualcuno maggiorenne l'indennità spetti al 5° ed al 6° e non più al quarto.

Crediamo che la nostra interpretazione più larga ed estensiva sia più conforme allo spirito del D. L. del 14 settembre 1918, che ebbe di mira di sollevare la sorte di molte numerose famiglie nel volgente periodo di tempo assai difficile e costoso.

(8300) *Pensione - Versamenti.* — Dott. P. C. da P. Il collocamento a riposo che è atto indispensabile per la liquidazione della pensione, esclude la ulteriore permanenza in servizio come titolare stabile della condotta. Si perde, quindi, la stabilità acquisita nei rapporti della somministrazione. Rimanendo in servizio bisogna seguitare a versare i contributi prescritti perchè essi contribuiranno a sempre più aumentare l'ammontare della pensione.

(8301) *Riassunzione in servizo.* — Dott. A. A. da F. Alla riammissione di nuovo in servizio si oppone la avvenuta costituzione del consorzio, in quanto che la revoca della deliberazione di accettazione delle dimissioni, a prescindere dal lungo tempo trascorso, non potrebbe essere pronunziata dalla assemblea consorziale, che sarebbe incompetente, perchè non fu essa ad emetterla.

(8302) *Requisiti di preferenza par pubblici concorsi.* — Dott. L. C. da S. A. A. L. Nella graduatoria dei concorsi hanno titolo di preferenza coloro che per maggior tempo abbiano prestato lodevole servizio come combattente in zona di guerra. Il documento atto a dimostrare l'entità e la durata del servizio prestato è rilasciato dal distretto militare, cui si appartiene per fatto di nascita. Riteniamo, però, che non possa ottenere copia delle note informative rilasciate dai superiori sulla sua attitudine professionale. La medaglia di bronzo al valor militare non costituisce titolo di preferenza. Non è necessario far legalizzare l'elenco dei documenti. I documenti o sono prodotti in originale od in copia autentica. Gli atti che debbono essere in ogni casi uniti alla domanda sono: 1° Certificato di nascita; 2° Il certificato di cittadinanza italiana e il certificato di penalità di data non inferiore a sei mesi avanti l'apertura del concorso.

(8303) *Infortuni sul lavoro - Competenze sanitarie.* — Dott. G. L. da C. Le lire due si pagano esclusivamente per il certficato. Le prime immediate cure, che consistono negli atti indicati dallo articolo 45 del regolamento, debbono essere pagate a parte, come è chiaramente indicato nel capoverso ultimo dello articolo 9 del regolamento citato. L'ufficiale sanitario non è tenuto a rilasciare certificati in sostituzione del medico condotto. Ognuno rilascia i soli certificati che ad esso rispettivamente competono.

(8404) *Ufficiale sanitario - Eleggibilità a consigliere comunale ed a sindaco.* — Dott. E. C. da C. L'ufficiale sanitario è ineleggibile a consigliere comunale e, quindi, a sindaco. Nel caso di dimissioni, queste debbono essere presentate ed accettate prima della elezione perchè non trattasi di incompatibilità ma di ineleggibilità. La ineleggibilità non si elimina con l'esercitare gratuitamente l'ufficio.

(8305) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D. M. da B. Dal momento che i tre medici esercenti in paese si dividono lo stipendio fissato in bilancio per l'unica condotta medica legalmente stabilita costà, non si deve corrispondere che una sola indennità caro-viveri ripartibile fra tutti loro ed un solo aumento di stipendio giusta la legge e le norme in vigore. L'indennità caro-viveri decorre dal 1° gennaio 1919. L'aumento dalla data in cui viene concesso dal consiglio comunale o dalla G. P. A.

DOCTOR JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

Concorso a medico provinciale aggiunto. — Il Ministro dell'interno, con decreto 30 maggio 1920, pubblicato nel « Bollettino del Ministero » dell'11 giugno, n. 17, ha indetto un concorso per titoli e, occorrendo, per esami, per trentaquattro posti di medico provinciale aggiunto.

Gli aspiranti dovranno far pervenire la domanda al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica), sia direttamente, sia per mezzo della prefettura della Provincia di ordinaria residenza, entro il 31 luglio 1920, corredata dei documenti.

Coloro che non si trovano già, per qualsiasi altro titolo, in servizio alla dipendenza della sanità pubblica, dovranno dimostrare altresì di non avere superata l'età di 35 anni alla data del decreto, o quella di 40 anni se furono fra i combattenti.

AREZZO. *Spedali riuniti di S. Maria Sopra i Ponti.* — La chiusura dei concorsi a chirurgo primario e due medici astanti è prorogato alle ore 11 del 5 luglio. L'Amministr. rende noto che l'attestato di prestato servizio per almeno due anni presso un ospedale — richiesto per i concorrenti ai posti di medico astante — non deve intendersi limitato al servizio in ospedali civili, ma in senso lato, cioè presso ospedali civili e militari, ospedali da campo, ospedali della Croce Rossa, unità militari sanitarie avanzate o distaccate, ospedali e reparti san. reggimentali e simili.

COAZZE (*Torino*). — Condotto e uff. san.; Lire 4500 e L. 800 quale uff. san., L. 500 indennità alloggio, L. 500 indenn. trasporto. Scad. 8 luglio.

CRESPINO (*Rovigo*). — Condotto 1° reparto; L. 6000 con 5 quadrienni del decimo, indennità caro-viveri, L. 2500 per mezzi trasporto e L. 1000 per disagiata residenza. Scadenza 3 luglio.

IMOLA. *Ospedale di S. Maria della Saletta.* — Medico primario direttore, L. 9500; chirurgo primario; L. 8500; medico capo dei laboratori, lire 7000, nette di R. M.; aumenti biennali di L. 200 per il primo posto e di L. 150 per gli altri due. Età limite 44 anni. Informazioni dal Segretario direttore amministrativo della Congreg. di carità.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — Tre condotte residenziali; L. 6000 lorde, L. 2000 per cav., indenn. caro-viv. Chiedere annunzio. Scad. 20 lug.

MOGLIA (*Mantova*). — Condotto; L. 6750; indennità caro-viveri; cavalcatura L. 1200; L. 300 ogni cento poveri oltre i mille; 5 quadrienni. Scadenza 15 luglio.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Due condotte poveri; L. 6000; indennità caro-viveri. Indennità di condotta disagiata L. 2000. Scadenza 31 luglio.

SUNO (*Novara*). — Condotta residenziale; Lire 4000; L. 1000 per uff. san.; indennità mezzi trasporto L. 1800; caro-viveri. Scadenza 31 lug.

Medico-chirurgo 38enne, pratica ospedaliera, ufficiale sanitario e docente nell'Università di Roma, assumerebbe, per i mesi estivi, interinato in clima marino. Scrivere Andreani, Via De Pretis, 92, Roma.

A tutto il 30 luglio è aperto il concorso per titoli per venti signorine infermiere diplomate nelle diverse scuole d'Italia, presso il Policlinico G. B. Morgagni. Per informazioni rivolgersi alla Direzione sanitaria, Via Plinio, 19, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

La R. Accademia di medicina di Torino, in sua seduta privata del 21 maggio, assegnava all'unanimità, in seguito a dettagliata Relazione, il Premio Riberi di L. 20.000, al dott. Giuliano Vanghetti di Empoli per le sue genialissime ricerche « sulle amputazioni e sulle protesi cinematiche », destinate a portare tanto beneficio ai mutilati della guerra e del lavoro, e che sono il frutto di tenaci, lunghi, e pazienti studi che fanno tant onore alla scienza italiana.

I proff. Boschi, Boveri, Gradenigo, Mendicini, Modena, Neri e Tanzi sono stati nominati membri corrispondenti per l'Italia della *Société de Neurologie* di Parigi.

Il prof. Perez Giovanni, ordinario di patologia chirurgica a Pavia, è trasferito, col suo consenso, alla cattedra della stessa disciplina a Catania.

Ha conseguito a Sassari la libera docenza in patologia medica il dott. Giovanni Ferralis, aiuto in quella clinica medica.

Il prof. Ferralis da molti anni ha coltivato in modo speciale i moderni studi sulla fisio-patologia del cuore; iniziati a Sassari come aiuto di fisiologia, continuati a Pavia sotto la direzione del prof. Vittorio Ascoli e poi ampliati col valido consiglio ed aiuto del prof. Carlo Moreschi, attuale direttore della Clinica.

Rallegramenti ed auguri.

Il dott. Sertorio Marinacci ha conseguita a Roma la libera docenza in patologia speciale chirurgica. Ha svolto il tema: « Occlusione intestinale »; ha tenuto la lezione di prova sull' « Ascesso cerebrale ».

Congratulazioni.

Sono nominati i dottori: Schiassi Francesco, assistente di patologia medica; Arcione Guglielmo, assistente d'igiene a Napoli; Rigobello Guido, assistente d'igiene a Pavia; Grassi-Landi Lorenzo, assistente di anatomia patologica e Bambini Giovanni, assistente di clinica delle malattie mentali e nervose a Pisa; Ascoli Manfredo, assistente di clinica chirurgica a Roma.

A presiedere l'Associazione Medica Americana è stato chiamato il dott. Hubert Work, che aveva già coperto altre cariche in seno all'Associazione, dimostrando rare doti di organizzazione e di operosità. Si è rilevato che egli non smentisce il suo nome: Work significa lavoro!

ALBO D'ORO.

Il dott. Antonio Pisani da Milano è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per benemerenze nel campo dell'assistenza civile e militare e come medico volontario di guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

Per le Università.

Tra i decreti che il passato ministro della pubblica istruzione, on. Torre, ha sottoposto alla firma reale ve n'ha uno che istituisce presso le Università e gli Istituti d'istruzione superiore, corsi di esercitazioni di carattere scientifico o pratico, in modo che i nostri giovani, anche prima di lasciare le aule universitarie, possono iniziare,

con indirizzo pratico, l'applicazione delle proprie conoscenze scientifiche, quasi quale introduzione alla vita professionale.

Le esercitazioni renderanno l'insegnamento più vivo e didatticamente più efficace, integrando cioè le lezioni teoriche delle varie discipline. La maggiore opera, che i professori universitari saranno chiamati a prestare, verrà adeguatamente retribuita.

L'on. Torre, poi, ha provveduto con lo stesso decreto ad aumentare le dotazioni degl'istituti, gabinetti e laboratori scientifici: provvedimento quest'ultimo, più volte invocato dai nostri uomini di scienza nell'interesse e per il progresso dell'alta cultura nazionale.

Inoltre viene sensibilmente elevato l'istituto della libera docenza, oggi quasi negletto, in quanto i liberi docenti saranno chiamati a collaborare con i professori ordinari, specie in quelle Università nelle quali il numero degli inscritti renderà necessario di ripartire gli studenti in gruppi agli effetti delle esercitazioni.

III Congresso Italiano di Radiologia medica.

Giusta il deliberato del II Congresso di radiologia tenutosi nell'ottobre passato in Genova, il III congresso avrà luogo nel prossimo ottobre in Roma.

La data è stabilita per i giorni 28, 29 e 30; le sedute si terranno nel R. Istituto di elettroterapia e radiologia medica al Policlinico Umberto I.

Al congresso sarà unita una Mostra tecnica e scientifica cui è già assicurata la partecipazione delle più importanti Case italiane e straniere.

Il congresso sarà presieduto dal prof. Francesco Ghilarducci.

Verranno svolti i seguenti temi: *La radioattività nella biologia e nella clinica,* conferenza del prof. Bertolotti di Torino; *L'indagine radiologica del cuore e dei grossi vasi,* relazione del prof. F. Perussia di Milano; *La radioterapia del cancro,* relazione del prof. V. Ponzio di Torino.

Le comunicazioni saranno distribuite secondo un ordine da stabilirsi.

I soci della Società Italiana di Radiologia Medica sono di diritto inscritti al Congresso quali membri effettivi.

Possono prender parte al Congresso in qualità di membri effettivi i medici, biologi, fisici, ingegneri, tecnici e tutti i cultori della radiologia, i quali entro il 15 settembre inviino alla Presidenza del Congresso la loro adesione, unitamente alla quota d'iscrizione di L. 20, mediante vaglia, che va indirizzato al dott. Eugenio Milani, Policlinico Umberto I, Roma.

Possono prender parte al Congresso quali membri aderenti anche le persone di famiglia dei Congressisti che ne facciano domanda come sopra, e che inviino la quota di L. 10.

Per qualunque comunicazione inerente al Congresso scrivere alla Segreteria del Congresso, presso il R. Istituto di Elettroterapia e Radiologia, Policlinico Umberto I, Roma.

II Congresso Internazionale di Patologia comparata.

Al I Congresso internazionale di Patologia comparata tenutosi a Parigi nell'ottobre del 1912, fu designata Roma quale sede del II Congresso.

Per le vicende degli ultimi anni il Congresso, che doveva tenersi nel 1914, è stato rimandato; ora il Comitato esecutivo ha deliberato di indirlo per la primavera del prossimo anno.

La quota d'iscrizione è stata fissata in lire 40.

Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. E. Perroncito di Torino; segretario generale ne è il prof. Mario Levi Della Vida, dell'Istituto d'igiene di Roma (Via Palermo n. 58), al quale vanno rivolte le comunicazioni e le richieste d'informazione.

Congresso dei dermatologi e sifilografi italiani.

Nei giorni 5 e 7 giugno ebbe luogo in Bologna la riunione annuale della Società italiana di dermatologia e sifilografia, in occasione delle solenni feste organizzate e tributate al prof. Domenico Majocchi; l'8 giugno seguì una riunione professionale.

Del Congresso daremo ampia notizia in un prossimo numero.

XXIV Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese.

Avrà luogo a Strasburgo dal 2 al 6 agosto 1920. L'ufficio di presidenza è così costituito: presidente: E. Dupré; vice-presidente: Pfersdorff; segretario generale: P. Courbon; segretario generale aggiunto: R. Lalanne. I temi all'ordine del giorno sono: Delmas, Le psicosi post-oniriche; Coulonjon, Le malattie mentali professionali; Roussy, Le lesioni del corpo tiroide nella malattia di Basedow.

Il congresso comprende: membri aderenti, quota 30 franchi, e membri associati (signore, persone di famiglia, studenti in medicina) presentate da un membro aderente, quota 15 franchi. I manicomi e altri stabilimenti iscritti al congresso sono considerati come membri aderenti.

Indirizzare le adesioni, con la quota, al dottor Lalanne, médicin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (M.-et-M.), Francia.

Per informazioni rivolgersi al dott. P. Courbon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Stephansfeld (Basse Alsace), Francia.

Congresso del freddo.

Si è tenuto a Roma un Congresso degli industriali del freddo, allo scopo di riunire le forze sparse in un'azione comune di disciplina e di compattezza, per assicurare lo sviluppo di un'industria utilissima all'economia nazionale ed all'igiene. Parlarono il comm. Betocchi di Napoli, il prof. U. Ferretti, l'on. prof. Baglioni, l'ing. Cei, l'on. prof. Sanarelli; dopo esauriente discussione, si addivenne alla costituzione della Federazione ed all'approvazione del relativo statuto.

Consiglio Superiore della P. I.

Il Consiglio superiore di Pubblica istruzione, presieduto dal vice-presidente on. prof. Credaro, ha approvato, nei riguardi del solo primo graduato, il concorso alla cattedra di materia medica e farmacologica a Cagliari. Ha dato parere favorevole al passaggio del prof. Ferrari dalla cattedra di patologia chirurgica alla cattedra di clinica chirurgica in Parma. Ha proceduto alla revisione delle tabelle del personale assistente, tecnico e subalterno delle Università. Ha espresso parere favorevole alla istituzione di corsi di per-

fezionamento nelle facoltà mediche di Roma e di Napoli. Ha espresso parere contrario al cambiamento di denominazione della cattedra di odontoiatria e protesi dentaria in Roma. Si è pronunciato circa il valore dei diplomi rilasciati alle aspiranti levatrici della Venezia Tridentina e della Venezia Giulia. Si è manifestato contrario ad una proposta di riorganizzazione dei servizi elettroradiologici negli Istituti universitari e alla proposta di nuovi insegnamenti nella scuola veterinaria di Torino.

Cassa Nazionale infortuni.

Si è adunato il Consiglio Superiore della Cassa. Proceduto alle elezioni delle cariche sono stati confermati all'unanimità l'on. senatore Ferrero di Cambiano a presidente, e il comm. Novella a vice-presidente.

Il Consiglio ha votato unanimemente un ordine del giorno proposto dall'on. Buozzi e dal sig. Giovanetti per richiamare l'attenzione del Governo sulla necessità della più sollecita riforma delle leggi vigenti per gli infortuni nell'industria e in agricoltura, ormai non più corrispondenti per concorde parere di datori di lavoro e di lavoratori alle mutate esigenze della vita e del lavoro.

Ha approvato il nuovo testo del Regolamento degli Uffici.

Istituto Laënnec.

Un comitato sorto in Francia per onorare la memoria di Laënnec ha stabilito di fondare un Istituto per lo studio della tubercolosi, intitolato al grande clinico francese.

È morto a Parigi il prof. E. TROISIER, in età di 76 anni. Ricordiamo i suoi lavori sulle linfangiti polmonari tubercolari e cancerose, sul cancro del dotto toracico, sulle adenotapie sotto-clavicolari nel cancro addominale, sulle pleuriti metapneumoniche. B.

È morto a 72 anni il dott. FRANTZ GLÉNARD, medico dell'Ospedale termico di Vichy e consulente in questa stazione.

Dalla Germania, ove era stato prigioniero nel 70, importò in Francia il trattamento della febbre tifoide coi bagni freddi. Hanno fatto epoca i suoi studi sulla enteroptosi — nota anche come malattia di Glénard — e sull'epatismo, dal quale egli ha dimostrato dipendere molte dispepsie e nevropatie, la cui patogenesi non era conosciuta. B.

Il fascicolo 5 (1° maggio) della nostra SEZIONE MEDICA contiene:

G. SABATINI: *Sulla ricerca dell'acido glicuronico urinario.* — G. LORENZANI: *Contributo clinico sul valore della glicuronuria.* — G. MARCIALIS: *Contributo allo studio della eliminazione dei cloruri nelle malattie febbrili.*

Il fascicolo 6 (1° Giugno) della nostra SEZIONE MEDICA, che sarà spedito fra pochi giorni agli associati, contiene:

T. PONTANO: *Esame delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo della malaria.* — C. MORESCHI: *Contributo allo studio delle emoglobinurie nei malarici (emoglobinuria da chinina e cinconina).*

Il fascicolo 4°-5° (15 aprile-15 maggio) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, contiene:

N. NOVARO: *Rottura intestinale sottocutanea da trauma diretto in ernia inguinale irriducibile.* — G. A. PIETRI: *Contributo dell'accrescimento ed all'estrinsecazione transdiaframmatica dell'echinococchi del rene.* — B. SCHIASSI: *La critica clinica del «Basedow».* — G. V. TARDO: *Su di un raro caso di calcolosi renale.*

Il fascicolo 6 (15 giugno) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, che trovasi in corso di stampa e che sarà spedito fra pochi giorni agli associati, contiene:

R. BOTTESELLE: *Un caso di resezione del retto per cancro in giovane di 20 anni.* — A. CASSUTO: *Pioculture e sierocultura.* — P. GILBERTI: *Iposurrenalismo e dilatazione acuta postoperativa dello stomaco.* — D. GIORGACOPULO: *Gastroenteroanastomia o resezione in casi d'ulcera gastrica.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 28 giugno 1920 Fasc. 26.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

ASSOCIAZIONE DELLA STAMPA SCIENTIFICA ITALIANA (Sez. Medica)

La Giunta Direttiva dell' Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica) in esecuzione del mandato avuto dall'Assemblea ha raccolto e controllato tutti gli elementi riguardanti il costo della carta, della mano d' opera e delle tariffe postali e telegrafiche ed ha potuto assodare che la carta ha subito un aumento di circa il 1000 %, la mano d' opera di oltre il 300 % e le tariffe postelegrafoniche un considerevole inasprimento; in conseguenza di che ritiene equo e quindi dà l'autorizzazione che:

per i periodici di maggiore diffusione (settimanali e plurisettimanali), che risentono sopratutto il rincaro della carta, il prezzo di abbonamento, anche per i già abbonati, sia aumentato del 100 % per il secondo semestre dell'anno in corso;

e che per gli altri periodici possa essere aumentato fino al 50 % per lo stesso periodo di tempo.

Il Presidente
G. SANARELLI.

SOMMARIO.

In conformità alle deliberazioni prese dal IV CONGRESSO INTERNAZIONALE DELLA STAMPA MEDICA, il nostro giornale farà seguire le memorie originali da un riassunto, *nel quale gli autori esporranno succintamente, a mo' di conclusione, le cose importanti o nuove in esse contenute.*

Così le memorie originali potranno essere più facilmente ed esattamente apprezzate, in quanto hanno di più interessante.

Preghiamo, pertanto, gli autori di voler redigere, di volta in volta, con questi criterii, un breve riassunto dei loro lavori.

LA REDAZIONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI IMOLA (BOLOGNA).

Morbo di Addison, successione morbosa malarica

per il prof. Dottor ALBERTO FURNO
Direttore, Primario Medico - Libero Docente.

Per quanto la malaria sia una malattia antica e ben conosciuta, e abbia trovato nel nostro paese cultori ed esegeti di valore grandissimo, pure resta ancora qualche capitolo nella grande opera loro, non perfettamente completo. L'importanza della malaria nella eziologia del morbo di Addison, per esempio, è oggetto appena di qualche cenno nei classici trattati più noti, e bisogna arrivare al periodo bellico della patologia contemporanea, per leggere lavori completi su questo argomento.

Il classico trattato di Vittorio Ascoli, per quanto recente, ma sempre anteriore alla guerra, dedica appena poche righe per riferire alcune alterazioni anatomo-patologiche delle capsule surrenali nella malaria, ed esiste un accenno a quelle che potrebbero essere le manifestazioni morbose di iposurrenalismo quale successione morbosa malarica.

L'endocrinologia di Pende, che pure raccoglie quanto di più serio è conosciuto sulla patologia delle secrezioni interne avanti la guerra, cita tra parentesi la possibile eziologia malarica del morbo d'Addison. Se ci affanniamo a cercare studî anatomo-patologici sulle alterazioni delle surrenali da malaria, non troviamo che un lavoro dell'americano Barker, che pur esaminò queste ghiandole nella malaria congenita.

L'Ascoli, con l'intuito clinico di cui signoreggia in tutta la sua opera, aggiunge questa chiosa alla citazione del Barker: « l'esame delle capsule surrenali andrebbe perfezionato, poichè esse hanno probabilmente nella malaria un'importanza anche maggiore di quella ad esse riconosciuta in molte malattie infettive. La bassa pressione del sangue, e la frequenza e la piccolezza del polso; l'ambascia addominale e il vomito, la prostrazione delle forze e l'astenia; il collasso, la pigmentazione bruna — insomma i sintomi più caratteristici degli accessi malarici e dei postumi di essi — rappresentano quasi intero il quadro dei fenomeni recentemente descritti come proprii della insufficienza capsulare ».

Dal punto di vista clinico l'iposurrenalismo malarico fu intuito ed accennato da altri trattatisti come il Castellani e lo Chalniers, il Grall; e vere e proprie sindromi di Addison paramalariche furono, per quanto modestamente, anche descritte da Valenti e da Liubenetzki, questi ultimi completamente dimenticati dai contemporanei che si sono occupati di questo argomento.

La guerra ha rimesso in valore questo genere di osservazioni, suscitando anche il bisogno di indagin anatomo-patologiche, che mi sembra abbiano fatto progredire talmente la questione, da renderla sempre più degna di occupare un posto migliore nella patologia della malaria.

Le ghiandole surrenali partecipano della sindrome malarica in modo diretto tanto, che realmente gran parte della sintomatologia clinica della malaria è improntata da fatti che hanno la loro origine in un difetto di secrezione di queste ghiandole stesse. Certe forme cliniche della malaria grave e perniciosa, sono caratterizzate da fenomeni di iposurrenalismo acuto (accesso algido, accesso coleriforme, accesso sincopale, accesso adinamico); e se nella patologia della malaria l'assenza di osservazioni più dirette e più numerose delle capsule surrenali permase fino ad oggi, ciò si spiega solo con lo scarso interesse che per il passato questi piccoli corpi ghiandolari hanno sempre presentato anche rispetto ad altri capitoli della patologia. La clinica, come sempre, anche in questa occasione precorse l'anatomia patologica: e si intuì prima, si ricercarono poi con maggiori e migliori mezzi, i segni dell'iposurrenalismo in questa sindrome morbosa e furono ritrovati. Lo studio anatomopatologico dopo, non fece che confermare, e largamente, quanto la clinica aveva constatato. Se tale conferma è stata tarda a venire, ciò forse si deve alla più fortunata condizione in cui si è svolta la lotta antimalarica dai tempi in cui Baccelli, Marchiafava, Bignami, Ascoli ed altri, sopratutto italiani, con l'uso largo ed appropriato del chinino, riuscirono a rendere meno facili i reperti necroscopici. La guerra, micidiale in ogni campo, ha reso possibili anche queste indagini interrotte dalla scienza clinica per opera dei suoi farmaci: le perniciose letali che non si erano quasi più vedute da noi, si sono succedute con intensità specialmente in Oriente (Macedonia e Albania) e sono stati perciò ripresi questi studî sulle alterazioni delle capsule surrenali nella malaria, con documentazioni isto-patologiche.

Paisseau e *Lemaire,* in due pubblicazioni importantissime, hanno potuto darci una descrizione esatta e precisa delle lesioni surrenali, che sopratutto si hanno in certe forme di malaria acuta e subacuta. I due autori, in soggetti morti in coma o in accesso algido malarico, hanno trovato alla necroscopia fatti di surrenalite acuta; e non solamente queste lesioni capsulari erano molto estese e profonde, ma esse erano le sole capaci di spiegare l'evoluzione clinica e la morte dei malati. I fatti anatomici osservati erano quelli delle surrenaliti emorragiche e degenerative. La surrenalite può essere solo degenerativa, e in questo caso la ghiandola si presenta nè atrofizzata nè congestionata. La superficie di sezione è uniformemente grigia; la sostanza corticale ha perso la sua tinta giallastra dovuta ai lipoidi che normalmente contiene, e la zona pigmentaria è invece più pallida, per quanto tutta la corteccia prenda una tinta giallastra quasi uniforme. La midollare è poco modificata grossolanamente. L'esame istologico mostra nella corticale la scomparsa completa delle cellule del tipo spongiocitario; tutti gli elementi nobili hanno il loro protoplasma granuloso e non vascolarizzato. Le cellule delle zone glomerulare e reticolare, hanno perduto il pigmento che è manifestazione della loro attività secretrice, ma hanno anche subito un processo di degenerazione più o meno accentuato (citolisi, picnosi, plasmolisi). Le cellule di numerosi cordoni cellulari sono talmente degenerati da non essere più rappresentati che da un tratto di tessuto amorfo.

Nella sostanza midollare si hanno gli stessi fatti degenerativi, meno tuttavia che nella corteccia; invece, secondo gli autori, qui esisterebbero fatti congestizi più intensi. Nel punto in cui le due zone (corteccia e midolla) si congiungono, avrebbero constatato una leggera infiltrazione embrionaria.

Nei casi acuti di malaria a sindrome surrenale, gli autori hanno riscontrato il tipo citologico della surrenalite emorragica: le ghiandole sono ricoperte di sugellazioni venose, e le superfici di taglio presentano piccole emorragie puntiformi; la colorazióne è grigio rossastra in tutto il loro spessore. L'esame istologico ha dimostrato che i vasi della midollare sono congestionati e trombizzati; la zona reticolare è sede di numerosi focolai emorragici, e in questi punti i cordoni del reticolo sono completamente dislocati, le cellule hanno perso ogni connessione tra loro. Esistono naturalmente lesioni profonde delle cellule glandolari, e veri e propri focolai necrotici. Le cellule nobili della sostanza corticale sono per la maggior parte in via di degenerazione, presentano un certo grado di citolisi, e sembrano più profondamente lese che nella forma degenerativa pura.

Tanto nella forma degenerativa che emorragica, i due autori hanno constatato la presenza di numerosi parassiti nelle surrenali. Inoltre gli autori asseriscono che, comparando le lesioni

capsulari a quelle che hanno trovato negli altri organi, specie in quelli più comunemente incriminati nella malaria (centri nervosi, fegato, milza reni), le prime erano incomparabilmente maggiori.

Dudgeon e Clarke, nel 1917, pubblicarono uno studio sulla istologia patologica della malaria, desunto da sei casi, e descrissero anch'essi lesioni microscopiche surrenali molto numerose; le sostanze lipoidi diminuite, la sostanza cromaffine ridotta, il pigmento corticale molto abbondante, ed altri fatti che il lettore può più precisamente conoscere consultando il lavoro originale.

Clinicamente dell'iposurrenalismo malarico se ne sono occupati anche Portocalis, Abrami, Fraga, Garin, Larouy e Pouchet e degli italiani il Quarelli.

Accanto alle forme lievi o gravissime di insufficienza surrenale del decorso della malaria, si sono anche osservate forme croniche che hanno assunto tutti i caratteri della malattia di Addison; anche io ho avuto occasione di vederne uno, che fu in questo Ospedale per un breve periodo di studio, e che ritengo opportuno pubblicare, anche per aggiungere un'altro documento dimostrativo alla tesi che mi sono proposto di svolgere:

G... M... di Imola, di anni 42, facchino, celibe, Entra in Ospedale il 14 luglio 1919.

Anamnesi remota. La madre è morta cardiopatica, emiplegica; il padre ha 75 anni; è vivente e sano. Quattro fratelli morirono in tenera età; altre sei sorelle sono viventi e sane.

Nato di parto naturale, ebbe allattamento materno. Non soffrì i comuni esantemi dell'infanzia. All'età di 21 anni si contagiò di ulcere veneree, guarite entro un mese, senza alcuna manifestazione postuma di carattere luetico. A 27 anni soffrì di polmonite.

È stato sempre forte mangiatore, bevitore, fumatore; lavoratore strenuo, ha fatto vita strapazzata.

Anamnesi prossima. Mobilitato nel 1917 ed inviato in Albania, contrasse colà febbri malariche, che, secondo quanto descrive il p., sembra siano state del tipo terzana maligna: curato in Ospedale da campo, e poi nel convalescienziario di Corfù, andò anche in seguito incontro a frequenti e gravi recidive. Da due mesi però non ha più avuto febbre, avendo fatto continuo uso di chinino e preparati arsenicali.

Da circa sei mesi il p. ha cominciato ad accusare una maggiore stancabilità, cefalea, disappetenza, tendenza al vomito, qualche volta diarrea. Inoltre, e ciò lo ha anche maggiormente impressionato, ha notato un progressivo imbrunimento della pelle sia nel viso chè nel resto del corpo; anzi tale aspetto bruno intenso della cute si è in questi ultimi tempi fatto più manifesto alle ascelle, al braccio, al polso (superfici palmari), ai genitali. Non ha mai avuto tosse nè ha avvertito febbre. Venuto nell'ambulatorio di questo ospedale, lo consigliai a ricoverare nel mio reparto, ove entra la sera del 14 luglio 1919.

Stato presente - esame generale. Uomo di costituzione robustissima, atletica, regolare nello scheletro, presenta un manifesto ipotrofismo del cellulare grasso sottocutaneo e delle masse muscolari. Non si apprezzano ghiandole in nessuna regione del corpo. Nessuna cicatrice. Il colorito della cute è bruno; però si notano zone di più intensa pigmentazione, che in certi punti è addirittura nerastra: alla fronte, alle regioni laterali del collo, alle areole mammarie, nelle cavità delle ascelle, in corrispondenza della linea ombelicale, alla regione soprapubica, allo scroto, alla base delle coscie; una bellissima pigmentazione scura quasi color cioccolata, che si delimita nettamente dal bianco della palma della mano, si nota ai due avambracci. Tutto ciò può essere ben visibile dalla figura che è aggiunta al testo.

Alle mucose si nota: piccole pigmentazioni nella congiuntiva di destra, e sopratutto alla bocca, al labbro inferiore, dove esistono chiazze nerastre larghe e intensamente colorate.

Temperatura: *apiressia.*

Polso, qualche volta aritmico, tendente al celere, tardo (50-52 pulsazioni al minuto).

Respiro: regolare, ritmico, superficiale (24 r. al minuto).

Pressione vasale: massima 110 mm. Hg. — minima 85 mm. Hg all'O. D. (Rivarocci - metodo Korotkow).

Capo: subiettivamente lieve cefalea frontale. Intelligenza integra; i bulbi oculari sporgono normalmente, ruotano sinergicamente su tutti i loro assi. Riflessi congiuntivale, pupillare, alla luce e all'accomodazione normali. Assenza del Graefe, dello Stelwak del Möbius. Nulla a carico del V e dell'VIII paio.

Udito e olfatto integri.

La bocca, all'infuori delle pigmentazioni già descritte, non presenta alcun fatto degno di nota.

Il collo è cilindrico, piuttosto lungo; non vi si palpano gangli ingorgati; nessun fatto patologico a carico del fascio nerveo vascolare.

Torace: nessun fenomeno subiettivo. Cilindrico, regolare; si espande sinergicamente nelle sue emisezioni.

Apparato respiratorio: con la percussione, la palpazione, l'ascoltazione, non si mettono in evidenza fatti degni di menzione.

La radioscopia el a *radiografia* del torace è negativa.

Apparato circolatorio: ai caratteri del polso già descritti, fa riscontro un cuore leggermente ingrandito in tutta la sua area, con toni piuttosto vibrati, ma puri.

Riflesso oculo-cardiaco di Dagnini: negativo o appena accennato, poichè con la energica compressione dei bulbi oculari, non si avvertono modificazioni di ritmo e di ampiezza del polso, e solo si rare fanno le pulsazioni di tre, quattro al minuto.

Addome: nulla di subiettivo; si presenta avvallato, e ben trattabile.

Il fegato: si apprezza in limiti fisiologici.

La milza: è ingrandita totalmente d volume; in alto, sull'ascellare media, si fissa il polo superiore al settimo spazio intercostale; il polo inferiore deborda di due dita trasverse dall'arcata costale; è dura al tatto, ma non dolente.

In corrispondenza delle *loggie renali* il p. non avverte alcun fenomeno subiettivo; all'ispezione, alla palpazione nessun fatto patologico si riesce a mettere in evidenza.

Agli *arti superiori* ed *inferiori*, ad eccezione delle pigmentazioni già descritte, non si notano fatti degni di speciale menzione.

Motilità, reflessività, sensibilità normali.

Esami complementari:

Cutireazione di Pirquet, anche regionale, applicata sulle due loggie renali è negativa.

Prova del vescicatorio: intensamente positiva (V. figura).

Prova di Wassermann: negativa.

Esame del sangue: Emoglobina 80 % (emometro Sahli); globuli rossi 4.200.000 - globuli bianchi 9000. Rapporto 1 : 466. Valore globulare 0,95. Formula leucocitaria: linfociti piccoli 30 % - medi 2 % - grandi 3 % - mononucleati 10 % - eosinofoli 3 % - mastzellen 1 % - polinucleari neutrofili 51 %. Nessuna modificazione importante a carico dei globuli rossi.

Esame delle orine: quantità 1400; reazione acida; peso specifico 1018; urea 14,4 %; albumina, zucchero, pigmenti biliari, urobilina, assenti; fosfati, carbonati in quantità proporzionale. Nel sedimento microscopico nessun elemento patologico.

Prova della glicosuria alimentare: con una tazza di caffè e latte e 150 gr. di pane, vengono somministrati a digiuno 150 gr. di glucosio; le ricerche dello zuchero nelle urine furono sempre negative. Anche dopo un iniezione di un milligrammo di adrenalina endomuscolare, non comparve nè subito, nè a distanza glucosio nelle urine.

Prove funzionali del sistema nervoso vegetativo - prova della adrenalina: dopo un iniezione endo muscolare di 1 milligrammo di adrenalina, si ha solo una piccola elevazione della pressione, dopo circa 1 ora dalla iniezione.

Prova dell'atropina: dopo una iniezione di 1 milligrammo di atropina, il polso si eleva da 60 a 90 battute al m' entro un'ora; dopo due ore è ritornato a 60-65 pulsazioni al m'. Nessuna importante modificazione della pressione.

Prova della policarpina: dà quasi gli stessi fenomeni dell'iniezione dell'atropina. Dopo circa 10 minuti dall'iniezione il p. avverte caldo e suda per circa mezz'ora.

Decorso: Il p. viene trattenuto in Ospedale il tempo strettamente necessario per completare gli esami esposti, poi viene ambulatoriamente seguito e curato. Nonostante non abbia più avuto febbri malariche, gli viene somministrato di tanto in tanto chinino, in ragione di circa 3 grammi alla settimana. Inoltre si son fatte iniezioni arsenicali e stricniche ricostituenti e gli viene somministrata, da prima adrenalina in gocce, poi della sostanza di ghiandole surrenali complete: ne ho somministrato fino a quattro compresse al giorno, in ragione cioè di gr. 2,80 - 3 di capsula surrenale fresca. Mentre con l'adrenalina ottenni senza dubbio, dopo qualche giorno, un miglioramento nel polso, che aumentò di frequenza, e nella pressione, che raggiunse i 120-130 mm. Hg al Riva Rocci; anche dopo 20 giorni di tale somministrazione poco era influenzata la pigmentazione. Le compresse di estratto di capsule complete, invece, non solo mantennero le modificazioni circolatorie di cui ho detto, ma indussero una tale trasformazione in tutta la cenestesi del nostro ammalato, veramente imponente: l'appetito aumentò, la forza crebbe, il peso da 66 kg., risalì in breve tempo a 73 kg. e le pigmentazioni cutanee si ridussero talmente che oggi, pur essendo visibili, sono certamente per oltre 2/3 meno intense. Tale miglioramento, sempre con la somministrazione delle compresse suddette, permane dall'agosto 1919. Il Memmi ha potuto riprendere da parecchio tempo il faticoso mestiere del facchino, che esercita quasi con la stessa capacità che per il passato.

Che nel nostro caso si tratti di un vero morbo di Addison non c'è alcun dubbio. I sintomi cardinali, alcuni solo corretti oggi con la somministrazione della sostanza opoterapica, dell'iposurrenalismo cronico: adinamia, abbassamento della pressione arteriosa, pigmentazione della cute e delle mucose, esistono e con una imponenza che non ammette stiracchiamenti.

Constatata la sindrome, occorre delucidarne l'eziologia, sopratutto perchè il nostro caso si presenta sotto i più favorevoli aspetti per essere considerato di origine malarica, ciò che, secondo alcuni autori, è una rara eccezione in patologia. È ormai noto che quando si parla di morbo di Addison s'intende di trattare delle manifestazioni sintomatiche indotte dalla tubercolosi delle ghiandole surrenali. Altre condizioni eziologiche sono così rare, da costituire eccezioni nella letteratura.

Nel caso del nostro ammalato ritengo che la malaria sia assolutamente da imputarsi quale la generatrice di tutto il quadro morboso, per le seguenti ragioni:

1° Il Memmi è uomo atleticamente robusto,

senza precedenti tubercolari in famiglia, senza precedenti personali morbosi che possono in qualche modo oggi turbare, come successione contingente, la funzione delle capsule surrenali;

2° L'esame generale minuzioso e particolareggiato del Memmi fa escludere ogni altra affeziona morbosa in altri apparecchi o sistemi dell'organismo, che non siano in dipendenza della sindrome malarica e iposurrenalinica. Sopratutto è negativo l'esame fisico e radiologico del torace, dove sapipamo impiantarsi abitualmente un processo tubercolare primitivo;

3° Esiste nel Memmi l'infezione malarica, grave, del tipo terzano maligna, contratta in Albania, dove sappiamo avere allignato un tipo di malaria a più gravi manifestazioni di quella nostrana;

4° La sindrome Addisoniana in atto è iniziata alcuni mesi dopo contratta la malaria, con una progressività graduale e persistente.

Per la dimostrazione clinica di quanto abbiamo in pensiero di sostenere, mi pare che vi siano argomenti sufficienti e dimostrativi. Ai quali possiamo aggiungere quelli indiretti che ci vengono offerti dall'analogia con altri pubblicati fino ad oggi, e sopratutto dalla indiscutibile possibilità che il parassita malarico abbia potuto, nel caso nostro, impiantarsi con predilezioni nelle capsule surrenali a determinarvi quelle alterazioni, forse irreparabili, da cui ha origine la sindrome che presenta.

Il caso di per sè stesso non è che una forma clinica, sia pure rara, di cui già altri autori hanno fatto menzione nella letteratura. Però ho voluto publicarlo per due ragioni: prima di tutto perchè mi pare che il M... abbia presentato un tipo di addisonismo assolutamente imponente per ciò che concerne la pigmentazione; e poi perchè voglio cogliere l'occasione per discutere tutto l'argomento connesso al concetto di successione morbosa nel morbo di Addison paramalarico. Il quale non mi sembra così raro come gli autori classici hanno voluto credere, e che meriti di avere un posto più importante nel capitolo delle successioni morbose della malaria.

Le osservazioni cliniche, e quelle più importanti anatomo-patologiche, che sono state fatte durante la guerra, hanno accresciuto, senza dubbio, importnza all'argomento; il quale se ne è avvantaggiato anche dalla ricerca più metodica e più costante dei segni dell'iposurrenalismo nella malaria.

Preziosissime constatazioni sono le ricerche istologiche di Paisseau e Lemaire e quelle degli inglesi Dudgeon e Clarcke, dopo le quali mi sembra che non sia il caso di discutere se è possibile o meno che la malaria determini alterazioni delle capsule surrenali. Piuttosto è da domandarsi per quale ragione fino ad oggi tale argomento era così arretrato, tanto che quasi nulla esiste nei classici lavori di Baccelli, Marchiafava, Bignami, Ascoli per dir solo dei nostri più grandi.

A tale domanda mi sembra di poter rispondere in questo senso: prima di tutto la dottrina delle secrezioni interne e quindi la conoscenza anatomo-patologica delle ghiandole endocrine, come la loro femenologia clinica, è relativamente recente, per avere attirato l'attenzione di uomini anche di sommo valore come i citati. In secondo luogo ritengo che le sindromi di iposurrenalismo acuto, subacuto e cronico, dipendenti dalla malaria non siano mai stati così evidenti e così imponenti come in questo periodo di guerra, e ciò per le seguenti ragioni.

I casi descritti di iposurrenalismo malarico a sindrome addisoniana, sono in gran parte di provenienza albanese o macedonica, dove sappiamo che esiste un tipo di malaria grave, di terzana maligna da *plasmodium precox* il quale è poi il microrganismo malarico che per la speciale « tendenza a rifugiarsi negli organi interni, oltre che invadere la milza e il midollo osseo, si accumula nei vasi di singoli organi o sezioni di organi, vi ristagna, ingombrando e impedendo così la circolazione del sangue da rassomigliare, per le conseguenze, alla trombosi parassitaria. Negli organi colpiti (i parassiti) originano per la stasi parassitaria, *e forse per la concorrenza di altre cause*, disturbi di origine locale. Quando essi sono lievi e transitori, rappresentano veri epifenomeni dell'accesso......; quando diventano gravi e pericolosi nell'accesso danno carattere a forforme morbose spiccate..... come le perniciose comitate; quando lasciano relitti per un tempo più o meno lungo costituiscono le successioni morbose..... (ASCOLI p. 550 di *La malaria*) ». Ho voluto riportare testualmente le parole dell'Ascoli, che si attagliano mirabilmente al mio concetto. Aggiungendo che ho sottolineato l'inciso « e forse con la concorrenza di altre cause » perchè ritengo che anche quelle parole bene mi servano per chiarire il meccanismo di costituzione della sindrome che è oggetto di questo studio.

Infatti è ammissibile che questi parassiti malarici, rifugiati negli organi interni, siano disseminati in tutti o in gran parte di essi e non deve essere una coincidenza fortuita il ritrovarne anche nelle surrenali. Sta però di fatto che non in tutti i casi si originano fenomeni di iposurrenalismo, mentre è altrettanto vero che nel periodo di guerra questi fenomeni di iposurrenalismo sono stati osservati sia nella malaria, che in altre infezioni (spirochetosi, tifo, dissenteria) con grande frequenza. Ciò mi fa arguire che nel soldato

in guerra le capsule surrenali, organi destinati ad elevatissima funzione cardio-angio regolatrice e disintossicatrice (tossine della fatica) abbiano una minorata resistenza che non si verifica in altre condizioni di vita. A questo deve aggiungersi il modo insufficiente con cui furono curati i primi accessi malarici di questi soldati, per cui i parassiti ebbero modo di allignare e propagarsi senza freno nell'organismo; l'intensità e la moltiplicità degli attacchi febbrili stessi provocati non solo da un germe inoculato, ma da due, da tre e da più, inoculati in ore differenti e in condizioni di disagio e di strapazzo dell'organismo infettato; ed infine, per quanto di minore importanza, lo stato quasi permanentemente commozionale di questi soggetti colpiti; e noi sappiamo quanto valore determinante abbia lo stato psichico, specie nello impiantarsi e lo svolgersi di sindromi endocriniche.

Non è il caso qui di invocare il diritto di cittadinanza per queste sindromi iposurrenali da malaria nel capitolo delle successioni morbose; esso è già riconosciuto, ma troppo modestamente. La clinica e l'anatomia patologica hanno messo in rilievo l'importanza sempre maggiore loro, ed è il caso che i patologici e i trattatisti le considerino non più come una rarità, ma come una possibilità contingente. Con la diffusione dolorosamente enorme della malaria, e sopratutto a forma grave, come quella albanese e macedone, che tutti gli osservatori hanno giudicata più maligna che la nostrana, è ammissibile che sindromi addisoniane, pure o frustre, si presentino all'esame del medico, il quale non deve senz'altro correre col pensiero all'eziologia tubercolare, sol prchè le più comuni e più accette nozioni di patologia ve lo dirigono: la possibilità di malattia di Addison ad eziologia malarica è più che dimostrata; e mentre la tubercolosi delle ghiandole surrenali è una evidenza terribile, di prognostico assolutamente sfavorevole, ritengo che più ottimistico giudizio comporti l'affezione malarica surrenale.

Nei casi in cui la sindrome iposurrenalinica sussista, mentre perdurano gli accessi febbrili, l'uso del chinino potrà essere addirittura risolutivo, sia della febbre che della sintomatologia surrenale. Diversamente correranno i fatti quando oramai l'infezione malarica sia vinta nelle manifestazioni accessuali febbrili; allora è probabile che i sintomi di insufficenza surrenale, specialmente se abbiano assunto la forma di morbo di Addison, siano dovuti a modificazioni strutturali a tipo sclerotizzante delle capsule, come si osservano per esempio nella sifilide; però credo che sia meglio insistere anche nell'assenza della febbre con una cura chininica e arsenicale, meglio salvarsanica, mentre si farà uso precoce e con dosi elevate di preparati surrenali, e non di sola adrenalina, ma complete. Certamente i malati di Addison paramalarici si avvantaggiano della cura opoterapica in modo evidente, come non avviene nei tubercolosi, in cui, la capsula è addirittura trasformata in una massa caseosa, che non solo sopprime la funzione specifica endocrina, ma versa in circolo i prodotti cachetizzanti del tubercolo, le tossine pirogene tubercolari, influenti su tutto il metabolismo organico.

Imola, 3 aprile 1920.

BIBLIOGRAFIA.

ABRAMI. « Le paludisme Macédonien », Masson, Paris.

VITTORIO ASCOLI. « La malaria », Un. tip. editr. Torino, 1915.

CASTELLANI. « Annali di medicina navale e coloniale », anno XXIV, vol. I, fasc. III-IV, 1918.

DUDGEON e CLARKE. « The Lancet », 4 agosto 1917.

FRAGA. « Revista Ibero Americana de Ciencias medicas di Madrid », 1918.

FRUGONI, GARDENGHI, ANCONA. « Lo sperimentale », dicembre 1916.

GARIN, SARROUY e POUCHET. « Le progrés médical », n. 39, 1917.

GRALL. Citato da Paisseau e Lemaire.

IZAR. « Folia medica », 1917.

LIUBENETZKI. « Russki Wratscht », n. 11-12, 1908. (Rif. in. Sémaine Médicale 1908).

NOTARI. « Rivista clinica di critica medica », n. 31, 32, 33, 1917.

PAISSEAU et LEMAIRE. « Presse Medical », n. 6, 1916.

PAISSEAU et LEMAIRE. « Soc. Med. de Paris », 17 oct., 1916.

PENDE. « Endocrinologia », Milano, Vallardi.

PORTOCALIS. « Bulletin de la Société med. ses. Hopitaux de Paris », 1917, 41.

QUARELLI. « Pensiero medico », n. 7, 1918.

SERGENT. « Etudes cliniques sur l'insufficence surrenale », Paris 1914.

VALENTI. « Congresso di medicina interna », Palermo 1907.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA.
(Direttore prof. L. VANNI)

Glandole a secrezione interna ed ulcera gastrica e duodenale

per il prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto.

I.

Se qualche sperimentatore collo svotamento delle capsule surrenali aveva notato la presenza nel tubo gastro intestinale di emorragie: se Cioffi accenna alla possibilità di determinare in questo modo ulcerazioni gastriche, Pende negli animali morti per insufficienza cronica surrenale ha osservate delle vere ulcerazioni gastriche con

tutti i caratteri dell'ulcera solitaria di Cruveilhier.

Il reperto, dice l'A., parla in favore della influenza trofoneurotica della capsula surrenale e dell'origine trofoneurotica dell'ulcera solitaria dell'uomo.

Gibelli di Genova (*Pathologia*, n. 6, anno 1), collo decapsulazione ottenne nel 16 % dei conigli, e nel 25 % dei cani ulceri dello stomaco, cogli stessi caratteri macro e microscopici di quelle accennate.

Succesivamente Latzel, Finzi, hanno affrontato il problema: ma è a Goodman (1916) e sopratutto a Frank C. Mann, almeno a mia cognizione, cui dobbiamo importanti e numerose ricerche circa la produzione delle ulcere gastriche colla surrenalectomia.

Quest'ultimo operando sui gatti e cani ottenne la produzione di ulceri piloriche, parapiloriche e qualche volta duodenali nel 90 % circa. Il fatto sarebbe più raro ma indubbio nella capsulectomia unilaterale.

L'inizio è precoce, precocissimo: (12-24 ore dopo l'operazione). L'iperacidità gastrica avrebbe importanza nella genesi dell'ulcera: tanto è vero che colla somministrazione di bicarbonato di soda se ne riduce la frequenza. Per la patogenesi invoca reazioni vascolari secretive, motrici nell'apparato gastrointestinale, consecutive alla soppressione e riduzione del principio attivo surrenale.

II.

Operando sui cani e conigli Friedmann (*New York Medical Journal*, 1918) trovò che la paratiroidectomia totale o parziale si accompagna a lesioni gastriche e duodenale nel 70 % dei casi: ad alterazioni dell'appendice nel 28 % dei cani, nel 29 % dei conigli. Nei controlli ogni lesione del genere faceva difetto.

Il Friedmann è di avviso che l'ulcera, che spesso tale era la lesione gastroduodenale, si sviluppi da una erosione iniziale causata dall'insufficienza tiroidea, la quale si opporrebbe al processo naturale di guarigione, al quale tendono tutte le ulceri gastriche prodotte negli animali coi metodi sperimentali diretti. Per tale insufficienza si avrebbe vasocostrizione — che sarebbe causa unica della lesione iniziale — donde costrizione delle arterioli in qualche punto della mucosa gastrointestinale, ischemia, necrosi, formazione dell'ulcera.

La maggior parte degli animali operati presentavano ipotonia gastrica, come si osserva, continua l'A., clinicamente negli individui affetti da ulcera cronica ed appendicite. Aggiunge però che vi possono essere dei casi in cui in seguito ad irritabilità del vago l'ulcera gastrica è associata ad aumento della tonicità dello stomaco, e che la contrazione spastica di un punto limitato della tonaca muscolare gastrica provocata dall'ipertonia vagale può dar luogo ad una condizione favorevole per la produzione di un'ulcera nella stessa maniera come agisce la contrazione delle arteriole.

Questa irritabilità del vago, per l'A. può essere espressione di una ipersecrezione tiroidea, non dimenticando però la possibilità che altre glandole endocrine siano compromesse di modo che la lesione iniziale potrebbe essere non uni ma pluriglandolare.

III.

I risultati cui ho accennato si impongono certamente, non possono però sorprendere ben sapendosi che ulceri gastriche sono state provocate con lesioni dello spancnico, dei gangli semilunari, di centri mesencefalici della vita vegetativa, colla sezione, colla legatura dei vaghi sottodiaframmatici, e che glandole a secrezione interna e sistema nervoso della vita vegetativa si influenzano a vicenda, sì che spessissimo non è possibile, sotto il punto di vista funzionale, fisiopatologico, distinguere quello che aspetta all'uno e quello che aspetta all'altro sistema.

Negli animali scapsulati, in quelli tiroparatiroidectomizzati si produce uno squilibrio endocrino, caratterizzato da una prevalenza degli endosecreti autonotropi, la quale a sua volta il traduce in un disquilibrio vago-simpatico, come si ha nelle lesioni dirette di queste due sezioni del sistema nervoso della vita vegetativa.

IV.

A questo punto parmi non fuori luogo riportare brevissimamente i risultati di ricerche fatte nel 1907-08 con tutt'altro intendimento, perchè mi sembrano non privi di interesse sotto questo punto di vista.

In molte coniglie gravide operate di capsulectomia unilaterale insieme al dott. Tosatti — a proposito della teoria capsulare della osteomolacia — *solo qualche rarissima volta ebbi a constatare emorragie della mucosa ed erosioni superficialissime recentissime: non credetti però di dare al reperto importanza, poichè si ebbero solo nei casi in cui gli animali morirono in seguito ad attacchi eclamptici, per cui senza ricorrere all'ipotesi di un intervento diretto dell'iposurrenalismo, credetti ricollegarle alle conseguenze di questo, ossia agli eccessi convulsivi.*

Nei cani e conigli operati insieme al dott. Giannetti di tiroparatiroidectomia totale previa castrazione, mai ebbi a riscontrare ulceri gastriche e duodenali.

V.

Da quanto sopra risulterebbe che:

la capsulectomia, la tiroparatiroidectomia parziale o totale, si fanno causa di ulceri gastriche, gastroduodenali (Cioffi, Pende, Gibelli, ecc.);

la capsulectomia unilaterale + gravidanza, la tiroparatiroidectomia + castrazione, restano senza effetto.

Ora se sono giuste le nostre cognizioni di endocrinologia circa la fisiopatologia della gravidanza, durante la quale, per consenso quasi unanime, la secrezione interna dell'ovaia (autonomotropa) tace o è ridotta ai minimi termini, mentre in armonia ai bisogni dell'economia, si ha iperfunzione di altri apparati a secrezioni interne, si avrebbe:

capsulectomia o tiroparaidectomia = eccedenza di endosecreti autonomotropi;

castrazione o gravidanza = eccedenza di endosecreti simpaticotropi;

capsulectomia + gravidanza; tiroparatiroidectomia + castrazione = tendenza all'equilibrio endocrino.

Sarà questa la causa della mancanza dell'ulcera nelle mie ricerche?

E' lecito per lo meno supporlo: risulterebbe infatti che il terreno sul quale si svolge l'ulcera viene sostenuto da una vagotonia, e la clinica in ciò è d'accordo; vagotonia che la castrazione e la gravidanza concorrerebbe a neutralizzare.

Ma qualunque ne sia la modalità d'intervento, si tratterebbe sempre di una interferenza endocrina, che ha pure il conforto della clinica, perchè la gravidanza, all'infuori dei primi tempi e la castrazione non di rado esercita effetti curativi in rapporto a sindromi vagotoniche e sull'ulcera gastrica diagnosticata anche radiologicamente.

Questi i pochi dati che ho voluto riportare più che altro per invogliare gli studiosi ad occuparsi dell'argomento; chè se ricerche ulteriori confermeranno i risultati accennati, non solo la patogenasi ma la terapia dell'ulcera gastrica, dell'ulcera duodenale avrà fatto un passo gigantesco.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Emiplegia della gravidanza.

I casi di emiplegia della gravidanza, comparsi nella letteratura e raccolti recentemente da G. Leclercq sono 44.

Duhot e Paquet nella *Gazette des Hopitaux* (n. 6, 17 gennaio 1920) riportano due osservazioi di tale forma morbosa.

La prima osservazione si riferisce ad una donna di 22 anni, gravida al 5° mese, con segni di lesione renale (albuminuria, ipertensione, rumore di galoppo). Durante i primi mesi della gravidanza era stata colpita da corea gravidica intensa. Nel corso del 5° mese fu affetta da emiplegia destra con afasia, insorta improvvisamente con intensa cefalea. I sintomi della paralisi si attenuarono rapidamente e notevolmente. Dopo circa 15 giorni partorì prematuramente un feto macerato e nella placenta furono riscontrati numerosi infarti bianchi. Due giorni dopo il parto fu di nuovo copita da emiplegia destra, con paresi del facciale superiore, paralisi del facciale inferiore; impossibilità di inghiottire tanto i cibi solidi che i liquidi; paralisi completa dell'arto superiore e inferiore a destra; abolizione del riflesso rotuleo; presenza del segno di Babinski Afasia motrice completa; torpore mentale molto accentuato.

Lo stato dell'ammalata andò lentamente migliorando e dopo 4 mesi si constatava paralisi con contrattura in flessione dell'arto superiore con esagerazione dei riflessi; paresi dell'arto inferiore con esagerazione lieve dei riflessi; presente il segno di Babinski. Stato mentale migliorato; afasia non modificata.

La seconda osservazione si riferisce ad una donna di 29 anni gravida al 6° mese. Improvvisamente, senza ictus, senza perdita di conoscenza si stabili emiplegia destra con afasia motrice tipo Broca. Facciale superiore paretico; facciale inferiore paralizzato; paralisi totale dell'arto superiore ed inferiore; esagerazione del riflesso rotuleo; Babinski presente. Ipoestesia dal lato paralizzato. Nessuna lesione a carico del cuore; non albumina nelle urine: urea nel sangue 0,34 ‰. Reazione di Wassermann negativa. Il liquido cefalo-rachidiano uscì a pressione aumentata, nettamente emorragico nelle tre provette nelle quali fu successivamente raccolto. La puntura lombare ripetuta dopo 3 giorni diede lo stesso risultato; una terza puntura eseguita dopo 20 giorni diede esito a liquido incolore, trasparente, nel quale si notò soltanto un aumento dell'albumina, non linfocitosi.

Le condizioni dell'ammalata che erano andate lentamente migliorando, si aggravarono dopo due mesi in seguito alla comparsa di attacchi convulsivi al lato destro a tipo Jacksoniano. La donna entrò in travaglio, il parto si compì normalmente ed il feto, nato a termine, non presentò nessuna lesione; morì però dopo qualche giorno per bronco-polmonite. L'ammalata migliorò progressivamente; potè camminare e con qualche difficoltà anche parlare. Completa rimase la paralisi dell'arto superiore.

Mentre nella prima osservazione poteva facilmente trattarsi di una emorragia cerebrale, specialmente in riguardo ai segni di una indubbia lesione renale, nella seconda osservazione certamente si era verificata una emorragia meningea, della quale però non si poteva riconoscere la causa.

Gli Aa. pensano peraltro che « l'emiplegia della gravidanza e non rappresenti una forma speciale legata allo stato gravidico, ma soltanto una complicizione insorgente durante il decorso della gravidanza; facilitata probabilmente dalle peculiari condizioni nelle quali si trova l'organismo durante la gestazione. TRENTI.

La cura dell'eclampsia

TH. VON JASCHKE. *Deutsch. Med. Wochenschr.* n. 50, 1919.

L'eclampsia è una complicazione non frequente, ma molto grave, della gravidanza e del parto. La gravità di essa risulta dal fatto, che i casi di morte per eclampsia nella gravidanza, rappresentano l'1 ‰ della mortalità femminile in genere; la mortalità tra le eclamptiche non curate si può valutare al 50 %.

Grande importanza avrebbe la profilassi dell'eclampsia, se si riuscisse a diagnosticare e a trattare convenientemente le nefropatie della gravidanza delle quali essa è una conseguenza. Una dieta nella quale i proteidi non superino il fabbisogno dell'organismo, nella quale i grassi siano scarsi e gli idrati di carbonio abbondanti, si dovrebbe applicare a tutte le donne grávide affette da nefropatie ed anche a quelle semplicemente albuminuriche, se l'albuminuria è accompagnata da una anche lieve formazione di edemi. Purtroppo tale profilassi raramente si può attuare, avendo quelle nefropatie, nel corso delle quali si manifesta l'eclampsia, di solito un decorso acuto, così da condurre spesso soli 8 giorni dopo il loro inizio ai sintomi più minacciosi.

Il medico si trova perciò di solito di fronte all'eclampsia già scoppiata. Il metodo di cura migliore, quello che riduce la mortalità al 3-5 %, è facile ad applicarsi anche in clientela privata; lo schema al quale si deve attenersi è il seguente:

Si inizia la cura con un'iniezione sottocutanea di 15 mg. di morfina, onde diminuire anzitutto l'eccitabilità riflessa. La stanza nella quale si trova l'ammalata deve esser tenuta all'oscuro, e vi si deve evitare ogni rumore. Passato 1/4 d'ora dalla prima iniezione, si narcotizza leggermente l'eclamptica coll'etere. Durante la narcosi si procede al cateterismo, all'esplorazione vaginale, al salasso, operazioni le quali nella donna sveglia potrebbero provocare dei nuovi accessi convulsivi. L'urina estratta col catetere viene misurata, e conservata per l'esame chimico e microscopico. Se l'esplorazione vaginale fa sentire che il bambino è vivo, che la bocca uterina è completamente dilatata e che la testa si è bene impegnata nel bacino, si renderà più profonda la narcosi e si procederà subito all'estrazione col forcipe. Se le vie genitali sono larghe abbastanza, si può tentare l'estrazione del feto anche nei casi di situazione anormale di esso. Si deve assolutamente rinunziare al parto artificiale in tutti gli altri casi, nei quali l'attuazione di esso incontrerebbe serie difficoltà o richiederebbe interventi operativi. Il salasso deve essere abbondante, non inferiore a 500 cmc. In quei casi rari, nei quali l'eclampsia si manifesta dopo il parto, si eviterà il salasso se la donna ha già perduto molto sangue. Dopo il salasso si può svegliare l'eclamptica. Un'ora dopo la prima iniezione di morfina si pratica un clistere di 2 gr. di cloralio in 300 gr. di latte. Dopo altre 2 ore si ripete l'iniezione di 15 mg. di morfina, e si ripete il clistere di latte e cloralio, nelle stesse dosi, dopo altre 4, e ancora dopo passate altre 6 ore. Si ripete ancora il clistere di latte dopo altre 7 ore, riducendo la quantità di cloralio a 1 $^1/_2$ gr.

Nei casi gravi, ad accessi subentranti, apportano gran giovamento delle iniezioni sottocutanee od endovenose il 500 cmc. di soluzione di Ringer, praticate 2 volte nelle 24 ore. Questa cura provocherà nella maggior parte dei casi la cessazione degli accessi eclamptici.

È inoltre importante evitare con gran cura che l'eclamptica in istato d'incoscienza, aspiri nelle vie aeree dei liquidi somministrati imprudentemente mentre è in tale stato, o delle sostanze vomitate. Per impedire ciò si deve mettere la testa dell'eclamptica in posizione bassa, onde poter facilmente, in caso di vomito, allontanare con una pezzuola dal faringe le masse vomitate. Anche se l'eclamptica non vomita, è bene di tempo in tempo pulire il faringe dal muco accumulato. Se lo stomaco è meteorico si deve vuotarlo e lavarlo per mezzo della sonda. Durante gli accessi convulsivi si introdurrà tra le mascelle un pezzo di gomma o di panno, per impedire che l'eclamptica si morda la lingua o le labbra. L'eclamptica non dovrà allattare nei primi due giorni dopo il parto. POLLITZER.

Trattamento dell'embolia nel puerperio.

(R. VON JASCHKE. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n. 40, 1919).

Le embolie da cui è minacciata la donna nel puerperio sono di tre specie: l'embolia polmonare, l'embolia del grande circolo e l'embolia gassosa.

Nell'embolia polmonare, gli emboli provengono da trombi venosi; questi si possono formare o in seguito ad una tromboflebite settica, oppure in seguito a forte rallentamento della corrente sanguigna, specialmente nelle vene dilatate del bacino. Si cercherà di evitare la tromboflebite, osservando la più scrupolosa asepsi durante e dopo il parto; si eviterà il pericoloso rallentamento della corrente sanguigna, facendo eseguire alla puerpera possibilmente presto dei movimenti attivi nel letto, e facendola alzare precocemente: l'embolia si osserva con frequenza nelle puerpere tenute a letto per molto tempo. Le trombosi di vene cutaneé varicose non danno mai origine ad embolie.

L'embolia polmonare, ove sia stato otturato uno dei rami principali dell'arteria, ha esito quasi immediatamente mortale. Se l'embolo va invece ad otturare uno dei rami minori, si avrà la formazione di un infarto, che finirà col guarire nel corso di alcune settimane.

La terapia in questi casi, si limita ad evitare il distacco di nuovi emboli dal trombo, ed a sostenere la forza del cuore. È perciò necessario il riposo assoluto a letto. Alte dosi di morfina dilateranno i vasi periferici, scaricando in tal modo il cuore. I cardiotonici veri si useranno con somma cautela; l'aumento della pressione sanguigna che dal loro uso deriva, può facilmente provocare il distacco di nuovi emboli. Si useranno perciò, soltanto nei primi momenti, dei cardiotonici il cui effetto sia rapido e di breve durata: specialmente la canfora e la caffeina.

* * *

L'embolia del grande circolo è di solito una conseguenza dell'endocardite settica. In alcuni casi però gli emboli provengono da trombi arteriosi, formatisi in seguito ad aneurisma, a propagazione di una tromboflebite settica all'arteria vicina, od a lesioni traumatiche della parete arteriosa durante operazioni ostetriche; in casi molto rari gli emboli, originatisi da trombi venosi, passano nel cuore sinistro attraverso un foramen ovale pervio. Gli emboli possono finire negli organi più diversi; di solito essi otturano i vasi dei reni, della milza, del cervello, raramente quelli dell'intestino e delle estremità. Le conseguenze di tali embolie dipendono dalla possibilità di formazione di un circolo collaterale nell'organo colpito; esse saranno gravissime, ove tale possibilità non esista.

Profilatticamente si cercherà di evitare le complicazioni settiche del puerperio, e si limiteranno allo stretto necessario gli interventi ostetrici.

La terapia è di solito inefficace; è necessario il riposo assoluto, a letto e la somministrazione di morfina, mentre si devono possibilmente evitare i medicamenti, i quali innalzano la pressione sanguigna. Nell'embolia intestinale si tenterà la resezione della parte colpita, nell'embolia di piccole arterie delle estremità si potrà tentare, con applicazioni caldo-umide ed evitando con cura ogni pressione, di ottenere la formazione di un circolo collaterale. In caso di gangrena si potrà amputare, l'operazione è però raramente sopportata dalle ammalate profondamente deperite.

* * *

L'embolia gassosa è causata dall'entrata di aria nel cavum uteri. Le manipolazioni che possono provocare l'entrata dell'aria, sono le irrigazioni uterine, i distacchi manuali della placenta, specialmente se praevia, i tentativi forzati di espressione alla Crédé (nel momento in cui si rallenta la pressione può venir aspirata dell'aria nell'utero), i tentativi criminosi di aborto.

Se la quantità d'aria entrata in circolo è scarsa, l'embolia non avrà conseguenze; si avrà la morte immediata, se l'aria entra nelle vene in maggiore quantità.

I sintomi dell'embolia gassosa sono cianosi (in contrasto col pallore che si osserva nell'embolia semplice), convulsioni, perdita immediata della coscienza.

Profilatticamente è importante, nel praticare le irrigazioni uterine, di introdurre il tubo ad acqua già scorrente; negli interventi sull'utero vuoto, od in quelli tendenti a svuotarlo, di non dare mai al bacino una posizione elevata; di evitare le forti pressioni, esercitate dall'esterno sull'utero.

La terapia dell'embolia gassosa non esiste, essendo la morte immediata, in seguito ad asistolia.

POLLITZER.

La sterilizzazione della donna per varie indicazioni.

(G. WINTER. *Medizinische Klinik*, num. 36, 37, 40, 42, 1919).

L'A. analizza le indicazioni alla sterilizzazione della donna:

I. Nelle psicosi,

II. In alcune malattie organiche, specialmente del ricambio, del sistema nervoso e del sistema endocrino,

III. Dal punto di vista eugenetico,
IV. Dal punto di vista sociale,
V. Dal punto di vista deontologico.

I. — Delle psicosi l'A. è d'accordo a ritener spesso indicata la sterilizzazione nella *demenza precoce* in base all'esperienza dell'aggravamento di questa in successive gravidanze. Stabilitasi una gravidanza ed iniziatosi l'aggravamento può essere indicata la provocazione dell'aborto.

Quest'ultima misura è indicata nella *melanconia con angoscia*, che può guarire completamente e può non recidivare in gravidanze successive; perciò non è indicata in questi casi la sterilizzazione. In nessun'altra psicosi il rapporto con lo stato di maternità è così evidente da indicare la sua soppressione.

Delle psiconeurosi l'A. è contrario a ogni misura contro lo stato di maternità nell'*isteria* e nella *neurastenia*. Invece nell'*epilessia* l'indicazione materna alla sterilizzazione può esistere, quando la paziente abbia superato uno *status epilepticus* stabilitosi per una gravidanza pregressa o in questa l'epilessia si sia complicata con la comparsa o l'aggravamento di demenza o di allucinazioni.

Delle due forme gravidiche della *corea*, la lieve e la grave, la prima non costituisce mai indicazione alla sterilizzazione, anche se recidivante; invece la seconda, che dà un'altissima mortalità, indica, superato una volta il pericolo di vita o se siano residuati da pregresse gravidanze degli stati psicopatici, la sterilizzazione.

II. — Alcune malattie organiche del sistema nervoso recidivano in gravidanze successive; tali sono la *miastenia grave* e *l'apoplessia gravidica*; la prima peggiora col ripetersi delle gravidanze, la seconda, sia da trombosi, a base ereditaria, sia da embolia, può condurre con la recidiva alla morte. In questi casi è indicata la sterilizzazione.

Il *morbo di Basedow* può subire aggravamenti in gravidanza, ma non sembra costituire sufficiente indicazione per la sterilizzazione; basterà eventualmente la provocazione dell'aborto. Nel *gozzo*, che non dia se non disturbi meccanici, non può essere invece indicata che la strumectomia.

Nel *diabete* bisogna distinguere i casi nei quali la malattia compare in gravidanza, guarisce totalmente o quasi in puerperio e recidiva in gravidanze successive, dai casi di diabete preesistente alla gravidanza. I primi sono i casi a prognosi migliore e solo eccezionalmente l'aggravamento è tale da indicare l'interruzione della gravidanza e la successiva sterilizzazione; negli altri casi vi è indicazione all'interruzione della gravidanza e alla sterilizzazione: *a*) quando minacci il coma; *b*) quando compaia nefrosi tossica. Anche la prognosi fetale in questi casi è del resto cattiva. Se l'intervento è indicato nei primi mesi di gravidanza, si associerà la sterilizzazione alla interruzione della gravidanza (meglio per via vaginale); se è indicata negli ultimi mesi si svoterà subito l'utero e si sterilizzerà, cessato il pericolo, con la resezione delle trombe o coi raggi X.

Nella *tetania*, che compare con preferenza e recidiva spesso in gravidanza, la sterilizzazione non trova secondo l'A. sufficiente indicazione, poichè i casi che importano pericolo di vita sono rari, anche fra le recidive; in questi si potrà provvedere con l'interruzione della gravidanza.

Nell'*osteomalacia*, se la castrazione può esser giustificata come mezzo terapeutico, la sola sterilizzazione tubarica per contro non trova alcuna indicazione.

III. — *L'indicazione eugenetica* alla sterilizzazione ha lo scopo di evitare la procreazione di individui, i quali siano congenitamente inadatti ad una vita somatica o psichica. Le premesse necessarie sono:

a) la dimostrazione dell'ereditarietà dell'affezione;

b) la presenza dell'eredità nel plasma germinativo della madre;

c) la ripetizione dell'affezione ereditaria in tutta la prole o almeno nella maggior parte di essa;

d) l'inguaribilità dell'affezione ereditaria nei genitori e nella prole;

e) l'influsso deleterio dell'affezione sulla vita somatica o psichica dell'individuo affetto o di quelli che lo avvicinano.

Corrispondono al postulato *a*) 1° molte *psicosi*, sopratutto l'idiozia e la deficienza congenita (ereditaria nei 3/4 dei casi), pericolose specialmente per i loro rapporti con la delinquenza e la prostituzione, l'epilessia, ereditaria in 1/3 dei casi, la psicosi maniaco-depressiva e talvolta la demenza precoce. Isterismo e nevrastenia, sebbene pure ereditarie, sono affezioni troppo lievi per poter entrare anche solo in discussione riguardo alla sterilizzazione; 2° l'*alcoolismo cronico*, che dà un'eredità morbosa in 4/5 dei casi; 3° alcune *affezioni muscolari e nervose*, come le forme distrofiche con o senza degenerazione dei nervi periferici, l'atassia ereditaria, la paralisi spinale spastica, la corea di Huntington, la miotonia congenita; 4° molte malattie oculari, fra le quali alcune di poco momento (albinismo, emeralopia, ptosi, ecc.) altre guaribili (cateratta zonulare, glaucoma), altre invece gravi ed inguaribili, conducenti inesorabilmente a cecità, cioè la retinite pigmentosa, la neurite ottica (affezione ereditaria ginecofora), il glioma, l'amaurosi e l'ambliopia congenita, che si accompagna-

no ad idiozia o difetti vari del sistema nervoso centrale; 5° affezioni dell'udito, come certe forme di otosclerosi e il sordomutismo; 6° deformità varie (delle dita, delle mammelle, labbro leporino, ecc.).

Il punto *b*) deve essere dimostrato, perchè se l'ereditarietà è paterna non deve essere la madre a venir mutilata. Si richiede quindi un'esatta anamnesi familiare con istituzione di un albero genealogico.

Il quesito del punto *c*) è di difficilissima risposta. Questa non può essere data mai a priori, ma solo in base all'esperienza che la prole di una determinata coppia presenta l'affezione ereditaria in tutti o nella maggior parte dei casi.

Quanto al punto *e*) bisogna che le conseguenze dell'affezione siano tali che la vita costituisca un peso per l'individuo e per il prossimo. A questo postulato corrispondono secondo l'A. l'*idiozia*, l'*epilessia grave* accompagnata da alterazioni psichiche, *le psicosi vere e proprie*, alcune delle *malattie del midollo* menzionate e le più gravi fra le *affezioni oculari*. L'alcoolismo cronico non indica la sterilizzazione, nonostante le sue conseguenze per la prole, perchè suscettibile di cura e perchè l'eredità che determina non è sempre così grave da escludere una certa, proficua attività.

IV. — *L'indicazione sociale* ha per iscopo di ovviare, con l'esclusione di una discendenza ulteriore, alla rovina familiare minacciante per l'eccessivo numero dei figli. Quest'indicazione è stata negli ultimi 10 anni argomento di vivaci discussioni in Germania. Mancando un'indicazione medica si richiede dai più seri fra i suoi sostenitori (Schickele, Hirsch) che l'indicazione venga posta dall'autorità statale o comunale in base a statistiche ed a studi economici; la potenzialità finanziaria della famiglia deve essere in ogni singolo caso la norma per quest'indicazione. Altri autori (Krönig, Henkel) ammettono l'indicazione sociale come ausiliaria di quella medica. L'A. fa osservare giustamente che la sterilizzazione esclude per sempre la possibilità di nuova prole (il Cova ha proposto da noi un metodo di sterilizzazione temporanea, *N. d. rel.*), che potrebbe essere desiderata, ove venisse a morte quella preesistente o le condizioni economiche familiari migliorassero.

Egli crede però che debba tenersi conto della condizione sociale nel porre l'indicazione medica in quelle malattie nelle quali lo stato di maternità deve essere circondato da particolari cure, fra queste in primo luogo nelle *malattie di cuore* e nella *tubercolosi polmonare*.

V. — Prima di procedere alla sterilizzazione il Kehrer e molti altri dopo di lui richiedono:

1° Il consulto con uno o più medici;

2° Il consenso dei due coniugi;

3° L'esistenza di uno o più bambini;

4° L'esperimento fallito di mezzi anticoncezionali;

L'A. al 1° richiede il consulto di 3 medici e cioè del medico di famiglia, di uno specialista e dell'operatore; al 2° il consenso *scritto* dei coniugi, ad evitare accuse o recriminazioni avvenire; non ritiene il punto 3° sempre necessario, perchè l'indicazione medica può essere assoluta fin dalla prima gravidanza, come in certi casi di tubercolosi polmonare o di stenosi mitralica; il tentativo del punto 4° finalmente non deve essere sperimentato, malfido com'è, da chi ponga solo le indicazioni di stretta necessità.

M. BOLAFFIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Una reazione intracutanea nel caso di carcinoma ghiandolare dell'intestino.

BOYKSEN (*Zentralbatt f. Chirurgie*, n. 51, 1919).

L'autore accenna ad una sua precedente pubblicazione nella « Münchener med. Wochenschrift » su una serie di reazioni biochimiche, prodotte nel corpo animale mediante l'introduzione di materiale carcinomatoso umano. Fra altro ha riferito anche degli esperimenti fatti su quattro casi di carcinoma rettale col siero carcinomatosi indicato da Abderhalden e fabbricato nelle fabbriche di Bayer e C. in Leverkusen presso Köln. Il siero carcinomatoso di Abderhalden fu preparato mediante l'iniezione di metastasi epatiche di carcinoma rettale nel cavallo. Così pure descrisse il notevole effetto di questo siero nell'organismo umano, che supera per regolarità ed efficacia dei fenomeni l'effetto di qualunque altro siero. In conseguenza dell'iniezione endovenosa riscontrò intensi brividi e dopo l'iniezione sottocutanea ed intramuscolare si formò un'estesa infiltrazione asettica intorno al punto d'inoculazione. L'A. descrive poi le alterazioni locali, la trasformazione delle masse del tumore, l'aumento dell'ascite nella cavità addominale ed il grande effetto dell'iniezione sullo stato generale degli infermi.

La quantità adoperata a scopi terapeutici del siero fu di 20 cmc. Adoperando una quantità 10-20 volte più piccola, si possono avere dei fenomeni locali senza alcun pericolo per l'ammalato. Come risulta dalla prima pubblicazione, l'A. utilizzò questi fenomeni a scopi diagnostici ed ora riferisce le sue osservazioni dell'ultimo biennio, fatte su 100 casi d'inoculazione intracutanea.

Praticando su un soggetto con carcinoma ghiandolare del retto una iniezione di siero terapeu-

tico contro il cancro del retto, segnato con « R2 », comparisce nei contorni del punto in cui fu praticata l'iniezione, per una circonferenza di 8-10 mm. un'emorragia capillare negli strati superficiali della cute, causata evidentemente da alterazioni dei vasi. Occorre da 1/2 ad 1 cmc. di siero per formare una papula a contorni rilevati, spesso neri come pece ed oltremodo caratteristici. Il cercine oscuro è per lo più circondato da una chiazza rossa, larga 3 mm. La reazione si presenta dopo 6 ore, in 12 ore arriva al punto massimo per sparire poi man mano entro due giorni.

In 10 casi di carcinoma del retto 9 diedero la reazione nella forma più evidente. Il grado dell'emorragia capillare all'intorno della papula variava dal rosa oscuro ad un colorazione nerissima. L'emorragia in due casi era specialmente estesa ed arrivò alla grandezza di un marco. In molti casi persisteva l'infiltrazione alcune settimane dopochè il rossore della papula era già sparito. Anche in casi di carcinoma dello stomaco la reazione riuscì e l'inoculazione intracutanea del siero « R2 » diede gli stessi effetti. In 21 casi 17 diedero la reazione sicuramente positiva, considerando come positivi solo i casi che dimostrarono una evidente emorragia all'intorno della papula. 3 casi furono leggermente positivi, 1 caso negativo. Non diede la reazione un caso, nel quale si praticò una vasta resezione dello stomaco. In un altro caso di reazione positiva l'operazione dimostrò un esteso carcinoma del pancreas. Anche in un caso d'un grande carcinoma cecale la reazione risultò positiva, rimase però negativa nel caso di un piccolo carcinoma stenosante del colon. Un ipernefroma ed un voluminoso carcinoma del mascellare superiore diedero pure reazione positiva. I dolori ed il senso di tensione nel punto dell'iniezione rimasero miti, ed all'infuori di un piccolo aumento di temperatura fino a 37,5 non si ebbero disturbi generali.

Tutt'altro effetto si ebbe per la iniezione del siero « R2» in una persona non carcinomatosa. In 28 casi di controllo (fra i quali 10 in individui sani e 18 in individui affetti da forme tubercolari chirurgiche) mancò l'emorragia capillare caratteristica del tutto. Nel tempo corrispondente si presentò un eritema diffuso attorno al punto d'inoculazione con discreto gonfiore del cellulare sottocutaneo. I disturbi soggettivi erano generalmente identici come nel caso degli ammalati di carcinoma. Dopo 24-48 ore così l'eritema come il gonfiore erano impercettibili. Due casi però — e questo non deve essere celato — diedero reazione positiva, senza che si sia potuta dimostrare la presenza d'un carcinoma. L'uno con disturbi subiettivi incerti, l'altro, — come si notò all'operazione — con un'ulcera dello stomaco, la di cui natura non potè esser stabilita malgrado l'operazione. Una ghiandola tumefatta, trovata durante la gastroenterostomia certo non era cancerosa. Dopo 14 mesi l'ammalato fu perduto di vista, e non fu possibile l'esame di controllo.

È interessante poi l'effetto della inoculazione presso ammalati, affetti di altre specie di carcinoma (5 casi di carcinoma della mammella e 7 dell'utero). In nessuno dei casi si presentò l'emorragia capillare, intorno al punto d'inoculazione verificatasi nei casi di carcinoma del retto. La reazione assomigliava piuttosto a quella dei sani. Il medesimo risultato si ebbe in ammalati di carcinoma delle labbra e dell'esofago.

In principio si adoperò soltanto il siero « R2 », poi a scopo di confronto si presero anche sieri preparati in modo speciale. L'uno, un siero polivalente, prodotto mediante l'iniezione d'una miscela di varie specie di carcinomi (carcinomi della mammella, del retto, dello stomaco), il secondo preparato con l'inoculazione di metastasi d'un carcinoma della cistifellea (carcinoma solido a caratteri ghiandolari) « V IV », una terza specie di siero fu preparata coll'inoculazione d'un carcinoma della mammella (scirro) « Mm. VI ». Si ebbe per risultato, che il siero « V IV » produsse la stessa reazione nei casi di carcinoma intestinale come il siero « R2 » prima adoperato. Il terzo siero, preparato solo col carcinoma della mammella, diede risultato negativo tanto nei casi di carcinoma intestinale quanto nei carcinomi della mammella. (In quest'ultimo anche il siero polivalente risultò negativo).

L'A. crede indubbio, trattarsi qui di fenomeni regolari, producibili con grande certezza. Trova assodate le osservazioni della sua prima pubblicazione, cioè che l'incorporazione di materiale carcinomatoso umano, nell'animale cagioni una certa alterazione del suo siero. Come sempre, anche in questo caso si formano certe sostanze nel siero animale contro il siero umano eterogeneo introdotto. Il siero preparato in tal modo (come anche il siero del carcinomatoso) unito al siero umano normale da un'indubbia precipatazione, anche diluito notevolmente (20 volte). L'eritema diffuso formatosi nella reazione intracutanea si può mettere in rapporto a parere dell'A. con le sostanze difensive, formatesi nel siero animale in conseguenza dellinoculazione del materiale carcinomatoso umano.

L'effetto osservato per l'inoculazione intracutanea del siero dimostra, che l'inoculazione di materiale carcinomatoso umano produce nel corpo animale alterazioni specifiche per il rispettivo carcinoma, le quali fin'ora non sono state dimostrate con altri metodi chimici.

L'A. osserva ancora una volta, che l'emorragia capillare descritta si produce soltanto nei soggetti affetti da carcinoma ghiandolare del trat-

to intestinale e solo mediante il siero d'un animale trattato prima colla medesima specie di carcinoma. Le reazioni citate non possono esser prodotte con carcinomi della mammella, dell'utero e della cute. L'A. non mette in discussione, se questo si basa su differenze chimiche esistenti fra le diverse specie di carcinoma.

Questi fenomeni — conclude l'A. — meritano di essere presi in considerazione per la teoria del carcinoma. Hanno pure una certa importanza pratica. Il piccolo numero di casi, osservato da lui, gli diede parecchie indicazioni diagnostiche preziose, ed i rsultati, secondo l'A., andranno migliorando man mano, se si riuscirà a produrre i sieri su larga scala e ad aumentarne il valore.

BLUEH.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Ospedale Civile di Venezia.

Seduta scientifica del 25 aprile 1920.

Tubercolosi gastrica.

Il prof. VITALI presenta un caso di stenosi pilorica in un giovanetto che fu curato nella sua divisione fin dal 1915. Espone i criteri pei quali, sulla base dei sintomi clinici e delle ricerche di gabinetto, escluse l'ipotesi di un vomito periodico infantile e quella di un tumore maligno, di un'ulcera dello stomaco ed anche della sifilide gastrica tardiva pur tanto rara. Per altri dati invece e cioè per i dati anamnestici e per i dati delle ricerche, ammise la natura tubercolare della lesione e concluse per l'esistenza di un *granuloma tubercolare del piloro* secondo la denominazione di Boas. Il caso fu operato nella divisione del prof. Giordano ed uscì guarito dopo una degenza prof. Giordano ed uscì guarito dopo un degenza di 21 giorni con un aumento di peso di oltre 4 kg. L'esame di un ganglio esportato dal chirurgo fra quelli numerosi osservati a ventre aperto sul legamento gastro-colico e sul mesenterio, dimostrò una semplice iperplasia linfatica; non si rinvennero bacilli di Koch.

Il prof. Vitali rivide il malato dopo alcuni mesi. Era notevolmente ingrassato e non presentava affatto sintomi gastrici, però presentava tale una tumefazione di tutte le glandole linfatiche da far pensare ad un morbo di Hodgkin. Fu trattato nella divisione del prof. Giordano con cure eroiche arsenicali, con raggi X, con elioterapia, fino ad ottenere un notevole miglioramento.

Nel 1919 si ripeterono gli stessi fenomeni e fu ripetuta la stessa cura con risultato ancora più brillante di quello avutosi la prima volta.

L'esame obbiettivo del malato (che fu fatto intervenire alla seduta) ha dimostrato le ottime condizioni generali e la pervietà del vecchio oltre che del nuovo piloro ad un pasto di prova bismutato ed ha escluso l'esistenza di lesioni toraciche di natura tubercolare.

Il Vitali ammette la primitività del granuloma tubercolare dello stomaco, il quale è stato il punto di partenza della poliadenite susseguita, caso unico, nella letteratura di una lesione tubercolare gastrica susseguita da un linfogranuloma, che, per il decorso, per la cutireazione, per l'ematologia a base costantemente linfocitica, per la mancanza di febbre e di ingrandimento splenico, va distinta dal linfogranuloma maligno di Sternberg.

Discussero sul caso: PICCININI, JONA, VELO, CAGNETTO. Ad essi il Vitali, basandosi sui dati clinici presentati dal malato e sui dati della casistica, rispose sostenendo il suo concetto della primitività della lesione tubercolare dello stomaco.

G. P.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ipocloridria nelle malattie della cistifellea.

Da non molti anni si va riconoscendo che spesso le cause di dispepsia sono da ricercarsi in ulcere gastriche o duodenali, in calcoli biliari, in appendicite. Il corteo dei sintomi, dolore, nausea, distensione, eruttazione, pirosi, viene attribuito al pilorospasmo, provocato da un aumento dell'acido cloridrico nello stomaco. E tale condizione si ritiene che si verifichi generalmetne nelle malattie della cistifellea.

R. C. Fraver (*Am. Journ. of. med. sciences*, apr. 1920) da un esame di 61 casi di infezioni delle vie biliari, con o senza calcoli, (escluse le malattie organiche dello stomaco od i carcinomi) viene a conclusioni diverse. Egli ha trovato solo in 5 un aumento di acido cloridrico libero, ed in 11, una quantità normale: in 16 l'acido cloridrico era assente, nei rimanenti in quantità inferiore a 0,20.

L'ipoacidità può essere dovuta a perdita dell'ormone, che viene secreto dalla cistifellea, ciò che inibisce la secrezione dell'acido cloridrico, oppure può essere dovuto a disturbi del metabolismo intermedio del cloro.

Parecchi fattori possono contribuire ai sintomi gastrici: le eruttazioni, l'accumulo di gas, l'oppressione, il senso di ripienezza dopo i pasti, la pirosi ed altri simili sintomi dispeptici si tro-

vano nell'ipo- come nell'iperacidità. Il dolore, in tali condizioni, come anche nell'ulcera gastrica o duodenale, è dovuto all'aumento della pressione endogastrica, a cui si può pure attribuire il pilorospasmo, per la produzione del quale non v'è bisogno di invocare un aumento assoluto di acidità, ma basta che si verifichi una sproporzione fra alcali duodenale ed acido gastrico.

Un'altra causa dei sintomi gastrici può essere dovuta allo spasmo, per l'irritazione data dalla malattia stessa, in quanto che i fisiologi hanno dimostrato che l'irritazione in una parte del tratto intestinale provoca lo spasmo nella regione immediatamente superiore. Inoltre i sintomi gastrici sono anche attribuibili ad accumulo di gas nello stomaco, in conseguenza della fermentazione per la cattiva digestione degli albuminoidi.

Queste osservazioni sulla ipoacidità nelle malattie della cistifellea fanno sorgere la questione se sia conveniente praticare sistematicamente la colecistectomia in tali affezioni, tanto più che, secondo alcuni autori (Leede) l'ormone secreto nella cistifellea provocherebbe la secrezione dell'acido cloridrico nello stomaco, mentre a sua volta il chimo acido passando nel duodeno, cagionerebbe la secrezione dell'ormone stesso, ed, agendo sulle cellule epatiche e pancreatiche, stimolerebbe la relativa secrezione. L'esclusione dell'ormone della cistifellea avrebbe quindi i suoi risentimenti sulla digestione gastrica. Prima di procedere ad operazoni sulla cistifellea sembra dunque razionale di studiare le sue funzioni, usando come indice l'acidità gastrica, risparmiando quelle che si ritengono capaci di funzionare. *fil.*

Cura della dispepsia surrenale.

Nel gruppo delle dispepsie secondarie a disturbi degli organi interni, si può isolare una dispepsia surrenale, in cui dominano la dispepsia gastrica e la costipazione. I pazienti si lagnano di malessere qualche tempo dopo i pasti (1/2 ora - 2 ore), di inappetenza, di costipazione ostinata, interrotta talora da periodi liberatori.

La palpazione addominale rivela l'esistenza di atonia gastro-intestinale: abbastanza accusate sono le zone sensibili, ed i punti dolorosi classici.

Qualche rara volta si notano crampi, spasmi colici con stato nauseoso e meteorismo addominale.

Nel succo gastrico si osserva diminuzione dell'acido cloridrico libero, nelle feci, insufficiente digestione delle fibre muscolari ed imperfetta trasformazione dei grassi e degli idrati di carbonio.

In generale, nulla rivela l'origine surrenale di tali disturbi: essa deve essere sospettata nelle gastropatie e costipazioni di soggetti affaticati, e quando la terapia abituale antidispeptica si mostri inefficace.

In tali casi, la terapia è semplice e precisa: è inutile somministrare alcalini od acidi, oppure eccitanti e tonici; si dovranno invece fare iniezioni di adrenalina a dosi di 1-2 mg. in 24 ore in 2-4 volte. È inutile la somministrazione per bocca, venendo esso neutralizzata particolarmente nel fegato. Già alla terza iniezione le funzioni gastro-intestinali si modificano; l'assimilazione si va facendo più regolare, il tono arterioso si eleva, l'astenia scompare; in seguito si può anche notare ingrassamento.

(Loeper, *Leçons de pathologie digestive*). *fil.*

Cura dell'anafilassi alimentare.

L'anafilassi alimentare può essere definita come l'insieme dei disturbi provocati dalla seconda ingestione di sostanze, normalmente ben tollerate, mentre la *prima, o le prime* ingestioni di tale sostanza non avevano determinato disturbi. (Laroche, Ch. Richet, figlio e Saint Girons, *Actualités médicales*, 1919).

La *grande anafilassi* è data di solito dalle uova, molluschi, latte; entro un periodo che va da 15 secondi a 10 minuti primi, si ha un inizio fulmineo di intensa orticaria, a cui seguono coliche violente con diarrea e vomito. Lo stato generale si aggrava, la temperatura si abbassa e la faccia si fa livida. Dopo qualche ora tali sintomi scompaiono. Nel poppante si ha un'anafilassi per il latte ed il latticello, con vomiti, diarrea, tenesmo, dispnea.

Anche la *piccola anafilassi*, si manifesta nell'adulto e nel bambino; nel poppante è consecutive all'ingestione del latte di vacca, e si presenta con sintomi cutanei (orticaria, eczema) e talora con diarrea e vomiti: la sostituzione del latte d'asina a quello di vacca fa scomparire i disturbi in pochi giorni. Nei bambini più grandicelli si osserva in seguto ad ingestione di uova, che dapprima vengono tollerate anche in quantità di 2 o 3 al giorno, ma poi provocano disturbi (alito fetido, dispepsia cronica, costipazione o diarrea, orticaria, prurigine eczema) che scompaiono con la soppressione delle uova.

In altri si osserva un'anafilassi cronica, che si manifesta specialmente col dimagrimento, talvolta considerevole.

L'asma e l'orticaria, anche si osservano isolatamente, sono da considerarsi di natura anafilattica. In generale si osserva nell'anafilassi la tendenza a diminuire col crescere degli anni.

Il trattamento deve essere soprattutto preventivo, evitando gli eccessi alimentari non concedendo nei bambini più di un uovo al giorno e

sopprimendolo anche nella convalescenza delle gastro enterite. Eventualmente, scatenatosi l'*ictus* anafilattico si faranno iniezioni di olio canforato, di etere o di adrenalina e si prescriverà la dieta idrica, badando a migliorare, in seguito, lo stato digestivo.

Nel bambino, si potrà migliorare la tolleranza per il latte con iniezioni a giorni alterni di 5-10 cmc. di latte (di vacca o di donna) sterilizzato a 110° per 20 minuti. Nell'adulto si potrà provocare un'antianafilassi, facendo prendere dosi minime dell'alimento anafilattizzante una mezz'ora prima del pasto: dà pure buoni risultati la somministrazione di peptone (50 cg. 1/2 ora prima dei pasti). *fil.*

Nella dispepsia gastrica da litiasi biliare.

Tintura eterea di valeriana . Tintura di boldo	ana gr. dieci
Tintura di belladonna . . . Tintura di giusquiamo . . .	ana gr. quattro

m. s. 20-30 gocce, 3 volte al giorno.

(M. LOEPER). *r. s.*

TECNICA.

Nuovo processo di dosaggio rapido dell'albumina nel liquido cefalo-rachidiano.

P. Ravaut e L. Broyer descrivono (*La Presse Médicale*, 17 gennaio 1920) un processo di dosaggio dell'albumina del liquido cefalo-rachidiano servendosi del metodo nefeloscopico, in cui però la scala campione di opacità del precipitato è sostituita da un liquido contenente in sospensione un precipitato chimico, vicino per il colore a quello dell'albumina. Per ottenere la sospensione chimica di confronto adoperano il cloruro di argento, che facilmente può prepararsi mescolando due soluzioni titolate di nitrato d'argento (nitrato d'argento 0,25, acqua distillata 1000) e cloruro di sodio (cloruro di sodio gr. 5, acqua 100). Per rendere insolubile l'albumina adoperano una soluzione di acido solfosalicilico (acido solfosalicilico cristallizzato gr. 13, acido solforico puro cmc. 15, acqua q. b. per cmc. 100). Per ottenere buoni risultati centrifugano prima il liquido rachidiano per toglierne i leucociti e le emazie eventualmente presenti; si servono sempre dello stesso reattivo sia per la precipitazione dell'albumina che per ottenere il liquido torbido campione e osservano i liquidi subito dopo averli agitati.

Nel titolare le soluzioni hanno stabilito che un volume di soluzione di nitrato d'argento al 0,25 ‰ su una soluzione di cloruro di sodio al 5 % dà un'opacità corrispondente a quella di un volume di una soluzione all'1 ‰ di albumina di siero umano con un mezzo volume di soluzione solfosalicilica.

Due provette dello stesso diametro e spessore con graduazione speciale sono destinate a ricevere rispettivamente il liquido rachidiano, nel quale si farà precipitare l'albumina, e la soluzione di cloruro d'argento. Nella prima provetta si versa il liquido cefalo rachidiano fino al segno CR e il reattivo solfosalicilico fino a R, poi si agita. Nella seconda provetta si versa la soluzione di argento fino al segno Ag, poi la soluzione clorurata fino a Cl e si mescola. Esaminando le due provette alla luce, poste l'una vicino all'altra, può osservarsi che l'opacità è uguale nei due tubi, ossia che il liquido rachidiano contiene 1 gr. per litro. Può darsi che l'opacità sia più debole nel tubo dove si trova il liquido rachidiano, ossia che questo contiene meno di 1 gr. di albumina per litro. Si versa allora nell'altro tubo goccia a goccia la soluzione clorurata, mescolando ogni volta che si vogliono vedere i risultati, fino a che si trova nei due tubi l'identica opacità. Basta leggere allora sul tubo di controllo graduato la cifra dei centigrammi d'albumina per litro. Se finalmente l'opacità è più forte nel tubo con liquido cefalo-rachidiano, ossia se vi è più di 1 gr. d'albumina per litro, vi si aggiunge acqua distillata fino a che si trovi l'identica opacità e si fa la lettura, moltiplicando la cifra trovata per la percentuale della diluizione del liquido cefalo-rachidiano; ossia per es. se il liquido cefalo-rachidiano è stato diluito del doppio e l'opacità del tubo di controllo corrisponde a 0,60 si avrà: $2 \times 0{,}60 = 1{,}20$ d'albumina per ‰. CESETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1128) *La terapia del Kala-Azar.* Al dott. E. C., abb. n. 11664:

Il medicamento specifico del Kala-Azar è considerato, secondo i risultati clinici recenti, il *tartaro emetico.* Esso deve essere somministrato per via endovenosa seguendo queste precise indicazioni:

Le soluzioni devono essere di recente preparate e limpide — sono preferibili soluzioni all'1 — o al 2 %

La dose da iniettare corrisponde al massimo a cgr. mezzo per ogni kg. di peso del corpo, la dose massima a cg. 20 per volta (10 cmc. delle soluzioni 2 %).

Le prime iniezioni di saggio, per svelare la tolleranza dell'organismo, non saranno superiori a 4-5 cg., ma nei soggetti notevolmente deperiti saranno di 1-2 cg.

Le iniezioni saranno ripetute ogni due giorni, se le dosi sono piccole, ogni tre giorni, nelle dosi massime.

Dopo l'iniezione suole insorgere una reazione termica, e spesso accesso di tosse: non sono queste controindicazioni a continuare la cura.

Ma se segue nausea, sarà opportuno diminuire le dosi nelle iniezioni successive.

La cura deve essere continuata almeno per due mesi dopo la cessazione della febbre.

Bisogna usare le maggiori cautele nella tecnica delle iniezioni endovenose, poichè anche piccole quantità di liquido, che si spandono nel sottocutaneo, provocano vivo dolore, tumefazione notevole seguita da raccolte sterili e trombosi della vena. *t. p.*

(1129) *Le dosi di neosalvarsan nella sifilide tardiva.* — All'abb. n. 9618: Le dosi *curative* di neosalvarsan sono le dosi elevate (da 0,30 a 0,90). Nella lues tardiva, alcune manifestazioni, come le ossee p. esempio, risentono tardivamente anche l'azione delle alte dosi. Se la diagnosi è sicura bisogna naturalmente insistere elevando le dosi; se alla cura si vuol dare valore diagnostico essa deve essere egualmente completa. *t. p.*

(1130) *Edemi in gottoso.* Al dott. G. M., abb. n. 7339:

È opportuno nel caso particolare escludere la eventuale affezione delle vene: gli edemi ribelli di tutto un arto non sono evenienza di ordinario riferibile ai soli accessi gottosi.

Se le condizioni del caso lo permettono ella potrà tentare con successo le cure fisiche e sopratutto i movimenti passivi ed un massaggio ben regolato. *t. p.*

(1131) *Per la diagnosi della tubercolosi.* Al dott. A. D. C., abb. n. 5523:

Consigliamo i volumi: E. MAZZOLINI, La diagnosi precoce della tubercolosi (L. 20) 1917.

T. LUZZATTI, Ricerche cliniche e considerazioni critiche sui moderni metodi d'indagine per la diagnosi della tubercolosi occulta dei bambini (L. 6) 1910.

Per la parte clinica in italiano abbiamo la tubercolosi della collez. Brouardel e Gilbert edito dalla tipografia Torinese e il capitolo La tubercolosi polmonare di Staehlin nell'opera di Mohr e Staehlin edita dalla libraria Milanese. *t. p.*

(1132) Abbonato 6622:

I lavori del Sorge e del Pisenti, cui ella accenna, sono stati pubblicati nella *Rasegna della previdenza sociale,* un'ottima rivista d'infortunistica publicata a cura della Cassa nazionale infortuni. *dr.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

MAC LEOD S.S.R. — *Physiology and Biochemistry in modern medicine.* — Un vol. in-8° di circa 900 pag. con 233 fig. e con tavole colorate. C. V. Mosby Company ed. St. Louis.

La necesità di conoscere a fondo i principî ed i metodi della fisiologia e della biochimica, per bene comprendere i processi che si compiono nell'organismo ammalato, appare ogni giorno con maggiore evidenza. A questo scopo risponde ottimamente il trattato del Mac Leod, che, per il progresso delle nostre conoscenze, propugna una più stretta connessione fra il laboratorio e la clinica. Si ingannerebbe però chi credesse di trovare in questo libro le ricerche elementari di chimica fisiologica e clinica; queste materie sono trattate dal punto di vista generale di un fisiologo, più che da quello della pratica corrente; ciò non toglie che le applicazioni pratiche vengano pure tenute in considerazione, specialmente quando trattasi di oscuri problemi clinici, quali sono quelli riguardanti il gozzo, le nefriti, il miscedema, ecc. I problemi e le funzioni della circolazione, respirazione, digestione, metabolismo, delle ghiandole endocrine, del sistema nervoso centrale vengono studiate succesivamente nei diversi capitoli: i risultati delle ricerche recenti, le nuove ipotesi che si affacciano vengono esposte con chiarezza e con numerose figure e schemi, che aiutano di molto la comprensione. Nella prima parte i principî di chimica fisica, applicabili alla biologia, sono esposti in un'ottantina di pagine in modo così piano e limpido, da renderli facilmente accessibili anche a chi non è molto addentro nella materia. Il biologo ed il medico, che brama tenersi al corrente del moderno indirizzo di tali studi, troveranno in quest'opera del Mac Leod un utile volume di lettura agevole.

fil.

E. GLEY. *Quatre leçons sur les Sécrétions internes.* Prezzo Fr. 6. Editori J.-B. Baillière et fils. Parigi, 1920.

È la raccolta di quattro lezioni fatte dal Grey alla facoltà medica di Barcellona. Nella prima con la storia e la critica della dottrina delle secrezioni interne si dà una idea precisa di questo importante capitolo della fisiologia. Nella seconda lezione l'A. dimostra a quali condizioni deve rispondere la funzione di un glandula per essere detta endocrinica. La terza lezione è dedicata all'esposizione dei metodi razionali che de-

vono essere adoperati per lo studio delle glandule a secrezioni interne, nella quarta infine sono riassunti i risultati acquisiti finora in tale studio.

dr.

DOTTI. — *L'influenza del regime alimentare sulle manifestazioni della spasmofilia del lattante.* — Firenze. Tipografia Niccolai 1919.

L'argomento trattato dall'A. è uno fra i più interessanti e peculiari della patologia nervosa della prima infanzia. In questa monografia sono svolti in modo completo, per quanto sintetico, tutte le questioni, che lo riguardano, sia dal lato clinico, sia da quello etiologico e patogenetico, con un notevole contributo d'osservazioni su oltre 150 casi. La questione dell'influenza del regime alimentare è ampiamente svolta. L'A. non ammette un'influenza diretta dell'elemento dietetico, ma attribuisce un'importanza fondamentale alle condizioni predisponenti, ereditarie od acquisite. Il regime alimentare sarebbe solo l'agente rivelatore dell'anomalia diatesica esistente allo stato di latenza nel lattante spasmofilo, donde deriva l'importanza di un razionale trattamento dietetico di questi bambini.

Quest'accurata monografia sarà letta utilmente anche dal medico pratico, che con tanta frequenza s'imbatte in questa forma morbosa.

L.

VARIA.

Cervello e funzioni genetiche. — Gli studi sui rapporti intercorrenti fra il cervello e le funzioni genitali si debbono particolarmente al Ceni, che, in una serie di indagini sperimentali, ha osservato che tali rapporti sono molto più intimi di quanto si poteva ritenere. Le lesioni distruttive corticali del cervello anteriore, come anche le perturbazioni dinamiche (commozione) si ripercuotono provocando involuzione degli organi genitali ghiandolari, sospensione della secrezione esterna, e spesso involuzione dei caratteri sessuali secondari e sospensione dell'istinto sessuale.

Questi disturbi, di solito sono transitori; la funzione sessuale però, si ristabilisce più tardi che le condizioni generali; talora la reintegrazione rimane incompleta.

Corrispondentemente si hanno anche alterazioni anatomiche, le quali consistono, per l'ovaia, in processi involutivi semplici, che colpiscono prevalentemente i follicoli oofori, in stato di maggiore accrescimento, e per il testicolo in un torpore funzionale o in fenomeni degeneratori transitori, specialmente negli elementi mobili più avanzati, nella serie delle trasformazioni della spermatogenesi.

Queste ricerche sono state confermate da quelle di Forster e di Todde sulle ghiandole sessuali (ovaie e testicoli di alienati in cui sono state riscontrate alterazioni costanti. (V. Desogus, *Riforma medica,* 28 febb. 1920). Si deve quindi mettere in rilievo la grande influenza che ha il cervello sulla funzione generatrice. Mentre questa, negli animali inferiori è regolata esclusivamente dai centri spinali. questi ultimi non bastano più, quando l'organismo animale si va complicando; allora il cervello assume la direttiva dei processi trofici, mentre rimane al midollo spinale la funzione trofica nel senso più comune della parola, e quella di ufficio intermediario fra cervello ed organi sessuali esterni.

Nell'uomo i centri genetici superiori assumono un'importanza essenziale e possono, sia per difetto, che per eccesso, agire come vere cause degenerative, conducendo anche alla sterilità.

Il potere eugenetico dell'uomo di elevato intelletto sarebbe così inferiore a quello dell'uomo comune, come è inferiore quello dell'uomo deficiente. La frequente sterilità degli uomini grandi, delle donne intellettuali, come dei deficienti, starebbe a dimostrare tale asserzione.

Il valore di queste due cause opposte varia però da individuo ad individuo, come variano, da un soggetto all'altro negli esperimenti sugli animali, gli effetti delle lesioni corticali. L'impulso sessuale, che si esaurisce precocemente nei deficienti, negli idioti, negli individui di elevato intelletto, può presentare anche i due estremi opposti. L'eccesso di stimolo psichico può quindi agire o da eccitante o da deprimente, secondo le diverse condizioni di resistenza individuale alle reazioni psicosessuali.

Comunque risulta da tutte queste osservazioni la grande importanza del cervello che nel vasto campo dell'incosciente assurge anche alla dignità di organo regolatore del gran mistero della procreazione. Viene quindi messa in rilievo la grande parte che ha il fattore psichico nell'eugenica, ciò che riceve applicazioni e conferme nella pratica quotidiana. Lo dimostrano gli stati più o meno prolungati di sterilità transitoria, che seguono l'abuso delle facoltà mentali e gli esaurimenti cerebrali; ancor più istruttivi sono gli effetti nefasti delle intense emozioni, e le conseguenze disastrose sulle generazioni che hanno sempre avuto i grandi avvenimenti storici, od i cataclismi tellurici, gli stati d'assedio, le guerre. Le recenti osservazioni di Bloch sull'impotenza ed i disturbi sessuali, consecutivi a traumi cronici di guerra, trovano ampia conferma nelle citate ricerche del Ceni.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per un concorso negli ospedali di Parma.

Il Commissario prefettizio degli Ospizi civili ha bandito un concorso al posto di direttore del gabinetto di microscopia, chimica clinica e batteriologia di quell'ospedale. Fra le condizioni del concorso ve ne sono alcune che hanno destato una non favorevole impressione. Oltre al fatto che il limite di età è stato portato a 50 anni, si è notato che per prendere parte al concorso è necessario essere laureato in chimica o farmacia. Questa è una richiesta senza precedenti e che mette molti degli aspiranti in una imprevedibile condizione di inferiorità. Si comprenderebbe che alla laurea in chimica e farmacia si desse il dovuto peso nella valutazione dei titoli, ma non si riesce a capire come e perchè al posto messo a concorso non possa aspirare chi possiede la sola laurea in medicina e possa dimostrare con prove ed altri titoli la competenza nella chimica clinica. Sarebbe opportuno che della qustione si occupasse il Consiglio dell'Ordine dei medici di Parma.

Contro le condotte piene in provincia di Roma.

Il Consiglio provinciale di Roma ha svolta ed approvata la seguente mozione dei consiglieri Clementi, Jacoucci, Bandiera, Folchi e Di Fabio:

« Il Consiglio provinciale, vista la deliberazione della Giunta provinciale amministrativa in data 7 maggio scorso con cui, in conformità della circolare del Ministero dell'interno 26 agosto 1919, n. 20400/1/32374 si dispone l'abolizione, entro il 30 giugno prossimo presso tutti i Comuni della provincia, del sistema di condotta medico-chirurgica, a cura piena;

in considerazione dei gravi inconvenienti cui darebbe luogo la rigida applicazione della citata deliberazione;

fa voti perchè la medesima venga revocata, o sia quanto meno sospesa onde sia possibile di esaminarne le disposizioni di attuazione, e particolarmente quelle relative alla formazione degli elenchi delle persone aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita ».

Le nuove tariffe dei medici di Milano.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Milano comunica che l'assemblea dei medici ha approvato le nuove tariffe per prestazioni medico-chirurgiche e di specialità. Tali tariffe sono gà entrate in vigore. Eccone le voci principali: visita unica L. 20; visita di cura lire 10; visita diurna d'urgenza (in cura) L. 15; visita notturna L. 30; attestato L. 10; consulenze L. 100 al consulente e da L. 25 a 50 al medico curante; assistenza notturna L. 100; relazione di malatia L. 50.

La sistemazione dei sanitari condotti in Valtellina.

I sindaci dei Comuni di tutta la Valle, radunatisi a Sondrio, hanno deliberato il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea dei Sindaci, riunita in Sondrio il giorno di lunedì 24 maggio 1920, modificando la propria deliberazione 11 febbraio 1920, dà incarico alla Commissione allora nominata di addivenire, col tramite dell'Associazione dei Comuni, a trattative cogli attuali sanitari condotti e levatrici comunali a mezzo delle loro associazioni, per concordare una definitiva sistemazione economica e giuridica dei medici condotti e delle levatrici, colla revisione anche dei capitolati e con la riduzione, ove sia possibile, delle condotte piene a condotte residenziali.

Federazione Nazionale dei medici-chirurghi liberi professionisti.

Il 15 giugno ha avuto luogo a Milano la votazione per la nomina del Consiglio direttivo della Federazione nazionale medici-chirurghi liberi professionisti in sostituzione di quello provvisorio. Alla votazione, per schede segrete, hanno preso parte tutte le Sezioni federate d'Italia da Sondrio a Girgenti.

Il Consiglio direttivo risultò così composto: presidente prof. Filò Bonazzola (Milano) e consiglieri i sigg. prof. G. Pinaroli (Torino), prof. V. Trettenero (Padova), prof. M. Vecchi (Parma), dott. F. Pellegrini (Livorno), prof. M. Abbamonte (Napoli), prof. P. Boveri (Milano).

Elezioni all'Associazione medici Marina mercantile.

Il 13 giugno 1920, alla sede dell'Associazione medici della marina mercantile, ebbero luogo le elezioni delle cariche sociali coi seguenti risultati:

Inscritti 148; votanti 107. Segretario responsabile dott. Carlo Bassoni, voti 105.

Membri della Commissione di controllo consultiva: dott. Novari Enrico, voti 97; dott. Favale Giuseppe, voti 96; dott. Pertusio Carlo Mario, voti 96; dott. Bauer Alfonso, voti 90; dott. Soldi Teodoro, voti 90; dott. Salvatori Francesco voti 88; dott. Belloni Pietro, voti 86.

La fine d'uno sciopero a Venezia.

I funzionari ed i dipendenti dalle O. P. di Venezia avevano attuato uno sciopero motivato dalla ostinata opposizione dell' Autorità tutoria alle nuove tabelle organiche, volonterosamente deliberate dalle singole Amministrazioni, le quali nulla concedevano più di quanto fosse legittimamente richiesto dai bisogni attuali della vita; avevano anche subito ragionevoli e onestamente accettate riduzioni.

Lo sciopero tranquillo, dignitoso, al quale le Amministrazioni stesse non furono sfavorevoli, si è chiuso con la soddisfacente vittoria degli interessati, salvo alcune rinuncie e modificazioni di lieve momento.

Lo sciopero nei riguardi sanitari era organizzato in modo che nessun danno avessero a risentirne gli ammalati dei vari Istituti sanitari.

I medici francesi contro gli scioperi.

Il Sindacato medico del Bearn e la Società medica del Pau hanno votato, nelle loro assemblee generali del 14 maggio 1920, un ordine del giorno con cui:

« Considerando che l'assistenza ai malati garantisce la salute pubblica, fattore primordiale

della prosperità nazionale e di ogni progresso sociale;

che questa assistenza non potrebbe essere efficacemente assicurata dal Corpo medico, cui è devoluta, se i suoi mezzi di azione si trovassero diminuiti dalla disorganizzazione dei servizi d'interesse pubblco, attualmente necessari per l'esercizio della medicina: poste, telegrafi, telefoni, trasporti, acqua, gas, elettricità, benzina, vittitazione, ecc.;

constatando che gli scioperi attuali non hanno un obbiettivo di legittime rivendicazioni professionali, ma sono manifestazioni rivoluzionarie, che hanno per scopo la disorganizzazione dei servizi pubblici;

che questi scioperi portano intralci intollerabili all'adempimento della missione sociale dei medici e che compromettono per tal modo gravemente la salute pubblica e la stessa evoluzione sociale;

affermando la loro simpatia per i veri lavoratori e la loro devozione assoluta ai malati;

emettono il voto che i poteri pubblici adottino d'urgenza e senza debolezze, tutte le misure utili a prevenire o far cessare gli scioperi disorganizzatori dei servizi d'interesse pubblico, il cui funzionamento regolare e senza sorprese è indispensabile all'esercizio della medicina ed alla vita nazionale;

decidono che *ogni assistenza medica sarà rifiutata agli scioperanti disorganizzatori dei servizi d'interesse pubblico,* rimanendo inteso che per i casi urgenti resta aperto l'ospedale.

Il presente ordine del giorno, adottato ad unanimità, ecc., sarà pubblicato nella stampa quotidiana e comunicato ai gruppi medici interessati.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli ufficiali medici benemeriti.

L'on. Manes ha interrogato il Ministro dell'Interno «per conoscere quali siano le ragioni per le quali dopo oltre un anno dall'epoca in cui furono trasmesse dall'autorità militare le proposte di ricompensa ai benemeriti della pubblica salute a favore di ufficiali medici che furono colpiti, durante la guerra, da gravi malattie contagiose nell'adempimento della loro missione, ancora non si sia voluto convocare l'apposita Commissione che deve decidere in merito ad esse; e se creda che non debbano tenersi presenti, anche pei sanitari caduti nel compimento di una missione importante e umanitaria, le stesse considerazioni che si ebbero per combattenti, e, cioè, che il soverchio ritardo nel concedere una giusta ricompensa toglie ad essa gran parte del suo valore».

Per la libera docenza.

L'on. Boncompagni Ludovisi ha presentato una interrogazione al ministro della Pubblica Istruzione:

«Per conoscere se non ritenga opportuno e rispondente a criteri di giustizia e di equità abrogare o per lo meno rettificare il D. L. 26 maggio 1918 n. 767, che sospendeva sino a sei mesi dopo la pubblicazione della pace il conferimento della libera docenza universitaria.

Tale provvedimento, adottato espressamente per evitare un trattamento di favore per chi non si trovasse, allora, in servizio militare, fu evidentemente preso nella certezza che la ratifica della pace sarebbe seguita immediatamente alla cessazione delle ostilità; invece la data in cui dovrà considerarsi cessato lo stato di guerra per ogni effetto di diritto dev'essere ancora stabilito con provvedimento legislativo, che non si sa quando sarà emanato.

A smobilitazione ormai avvenuta, ciò crea un trattamento più che sfavorevole ingiusto proprio per coloro che il predetto decreto voleva tutelare per manifeste ragioni di equità. Costoro, infatti, dopo aver fatto il proprio dovere di soldati, spesso fin dall'inizio della guerra, si trovano oggi nell'impossibilità di ottenere la libera docenza; a differenza di altri, che, rimasti a casa, hanno potuto conseguirla fino alla data del decreto in parola.

Appare quindi urgente e necessaria l'emanazione di un decreto il quale, riparando alla evidente ingiustizia, dia la possibilità di ottenere il conseguimento della libera docenza universitaria «almeno agli ex-combattenti laureati anteriormente alla guerra», e ciò senza attendere ancora il lunghissimo tempo richiesto dal decreto in parola.

Chiede risposta scritta».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8306) *Pensioni.* — Dott. G. da G. S. Il periodo utile per la pensione comincia a decorrere dalla data della deliberazione di nomina e, quindi, non dal giorno in cui si è preso servizio nè dalla data del visto dell'autorità politica. Con i dati esposti liquiderà l'annua pensione di lire 866. Nulla ancora si sa di una eventuale modifica della legge sulla Cassa di previdenza.

(8308) *Documenti per ammissione al concorso.* — Dott. F. P. da B. I documenti da lei indicati sono quelli che si presentano appunto nei pubblici concorsi. Essi vanno inviati al sindaco, tranne che nel relativo avviso non sia diversamente disposto. Non è stabilito alcun termine fra la definizione del concorso e la assunzione in carica del professionista prescelto. Fra i titoli possono essere anche inviate pubblicazioni dattilografate.

(8309) *Sessennio.* — Dott. A. G. da L. C. L'amministrazione comunale non poteva cancellare dal bilancio la somma di lire 200 rappresentante il primo sessenio da lei conseguito perchè esso è un vero diritto acquisito, di cui il sanitario non può essere privato quando anche in seguito ottenga un aumento di stipendio.

(8310) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. T. da G. Il D. L. del 9 marzo 1919 n. 338 relativo al caro-viveri non è applicabile ai medici che prestano servizio a dipendenza di Opere pie.

(8312) *Nomina a medico chirurgo senza concoso.* — Dott. S. G. da B. La sua nomina non è regolare perchè avvenuta senza concorso. Non diverrà mai stabile ed il periodo di servizio che presta è considerato, agli effetti della pensione come quello di un semplice interino. Concorrerà, quindi, a fare acquistare più presto il relativo diritto, ma non sarà calcolato nella liquidazione effettiva della pensione.

(8313) *Esenzione dal limite di età*. — Dott. G. D. T. da S. M. a V. Può godere la esenzione del limite di età in base al capoverso ultimo dello articolo 27 del Regolamento generale sanitario.

(8314) *Limite di età per l'ammissione ai concorsi per medico condotto*. — Dott. F. A. B. da N. Il Regolamento generale sanitario non fissa alcun limite di età per l'ammissione ai concorsi per medico condotto. Lascia libere le amministrazioni comunali di determinarlo. Soggiunge, però, che non dovrà essere posta alcuna condizione di limite massimo di età per i concorrenti che abbiano già prestato o prestino servizio in altre condotte. Occorre poi tener presente il disposto dello articolo 2° del D. R. del 18 settembre 1919 n. 1825 secondo cui i limiti di età stabiliti nei regolamenti organici in vigore alla data del decreto stesso per l'ammissione ai concorsi per gli impieghi degli enti locali sono elevati di quattro anni e non potranno essere ridotti fino a due anni dopo la publicazione della pace.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Due condotte suburbane; lire 5000 pei poveri, sei bienni del 4 % fino a lire 6200, compresa indennità caro-viveri, L. 1500 per cavalc. (L. 800 per motocicletta, L. 400 per bicicletta), L. 300 per supplenza. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio. Scad. 25 lug.

CANDA (*Rovigo*). — Al 15 luglio condotta; L. 6000, cinque quadrienni del decimo, L. 2500 mezzo trasporto, L. 400 U. S., alloggio.

IMOLA. *Ospedale di S. Maria della Scaletta*. — Al 3 luglio, due medici assistenti, L. 5000 nette di R. M., alloggio personale, vitto nei giorni di guardia; nomina annuale; conferma non inferiore a due anni.

S. MINIATO (*Firenze*). — Due condotte; età limite 35 anni; assunzione servizio entro 15 giorni partecip. nomina; scad. 15 luglio. L. 6000 lorde fino a 2000 poveri, L. 2 per ogni povero in più fino al massimo di L. 2000; indennità caro-viveri; L. 2000 per cavalc.; 4 quinquenni.

Medico-chirurgo trentenne, laureato nel 1914, con buona pratica ospedaliera ed ostetrica, cerca interinato o supplenza. Scrivere: Dott. Piero Pisacane, Clinica ostetrica, Piazza Cavour, 14, Torino.

Diffide:

Nuove diffide: Orestano (Firenze), Coreglia Antelmitelli (Lucca).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Al concorso per primario radiologo presso gli Ospedali riuniti di Roma è risultato il dott. Crescenzio Esdra; al concorso per aiuto radiologo il dott. Guglielmo Pampiglione.

Rallegramenti cordiali.

Quale successore di Penzoldt, la Facoltà medica di Erlangen ha designato, a dirigere la Clinica medica, Schittenhelm di Kiel al primo posto, Jamin di Erlangen e L. R. Müller di Würzburg a parità di merito al secondo posto. È stato chiamato il prof. Müller.

NOTIZIE DIVERSE.

Per gl'Istituti superiori di Milano.

Gli Istituti di coltura superiore di Milano hanno avuto un assegno straordinario di L. 8.000.000 per compensare il deprezzamento della moneta e il conseguente maggior costo apparente delle costruzioni prossime a sorgere. Tra gl'istituti di cui è assicurata l'erezione sono quello di fisiologia sociale, quello di anatomia normale e patologica, ed alcuni edifizi destinati all'Istituto tecnico superiore ed alla Scuola superiore di agricoltura: i lavori relativi sono stati alacremente ripresi da tre distinte società.

Per l'Istituto di fisiologia sociale di Milano.

Una commissione nominata dalla Giunta comunale di Milano, composta dei dottori L. Veratti presidente, G. Bordoni-Uffreduzzi, C. Doniselli, A. Pugliese e M. L. Patrizi relatore, per l'esame del progetto esecutivo dell'Istituto di Fisiologia Sociale e del successivo arredamento, ha ultimato i suoi lavori, proponendo che l'Istituto risulti di tre reparti: Fisiologia della nutrizione; Fisiologia del lavoro; Pedagogia sperimentale, i quali si presterebbero mutua collaborazione per la soluzione di molti problemi.

Alla Sopraintendenza si provvederebbe con una carica prevalentemente amministrativa e temporanea, da affidare ad uno dei Capi-Reparto, con nomina del Comune, su proposta collegiale dei tre professori.

Esistono già in altre nazioni Istituti — embrionali, o in perfetto sviluppo — specializzati in una delle tre branche di applicazione, in cui si espanderà la vita scientifica dell'Istituto Milanese. Funzionano in Germania e nel Nord-America i Laboratorii per gli studi della nutrizione e dell'accrescimento, ripiglieranno nel Belgio le proprie indagini i Gabinetti sperimentali e le « Universités du travail », in città Americane è aperto già un Ufficio per l'accertamento di capacità e attitudini professionali. Ma un Istituto a vasto disegno e a multipli coordinati obbiettivi, come l'attuale, non ha precedenti.

All'Accademia dei Lincei.

Alla solenne seduta reale tenuta il 6 corr., il discorso accademico venne pronunziato dal sen. Pio Foà, che svolse il tema « Sul concetto di malattia nella storia della medicina ».

L'A. ha illustrato la parte avuta dall'Italia nell'evoluzione delle nostre conoscenze mediche: aggiunse che tempi minacciosi perturbano il nostro animo, che lo sguardo al prossimo avvenire è dubitativo ed incerto, ma la schiera dei giovani che dimostrano di aver custodito il fuoco sacro della scienza ci dà conforto che il nostro paese saprà mantenere l'alto posto che la storia gli ha assegnato.

Per debellare la malaria degli ex-combattenti.

La Commissione centrale esecutiva per l'assistenza dei malarici di guerra, composta dei rappresentanti dei ministeri dell'interno, del tesoro e della guerra e dei rappresentanti dell'Associazione della Croce Rossa e dell'Associazione nazionale dei combattenti, ha concretate e diramate

le norme generali per la cura metodica e continuativa dei congedati malarici, i quali sommano — come si sa — all'impressionante cifra di 300.000.

Elargire questa cura è senza dubbio, da parte dello Stato, un imprescendibile dovere inteso a debellare definitivamente l'infezione e a ridonare agli ex combattenti malarici la perduta capacità lavorativa; ma è del pari un dovere — oltre che un diritto — anche da parte degli infermi medesimi, che non devono potersi sottrarre ad essa, essendo di pubblico interesse che il morbo venga in loro debellato, soffocando nel contempo un pericoloso centro distributore di infezione.

In ogni Comune il medico provinciale ed il medico delegato della Croce Rossa compileranno uno speciale censimento dei congedati malarici, per quindi fornire loro il chinino, gli altri farmachi sussidiari, la cura a domicilio o negli ambulatori e concedere la degenza negli ospedali viciniori e l'ammissione in uno dei quattro grandi sanatori appositamente istituiti in alta montagna.

Nel frattempo verrà corrisposto alle famiglie di tali ricoverati il soccorso giornaliero.

La Commissione centrale ha inoltre rivolto invito ai congedati malarici di presentarsi senza indugio al sanitario del proprio Comune, con tutti i documenti militari da cui possa risultare che la malaria è stata contratta od aggravata in servizio, avvertendoli che essi troveranno presso l'apposito Comitato esecutivo provinciale ogni assistenza morale e materiale.

A tale scopo verrà distribuito uno speciale decalogo ove gli ex combattenti malarici troveranno un chiaro riassunto delle norme cui attenersi per conseguire rapidamente e completamente la desiderata guarigione.

Per l'incremento dell'educazione fisica.

I deputati De Capitani, D'Arzago e Federzoni hanno presentato una proposta di legge per l'incremento dell'educazione fisica; esso contempla l'istituzione di campi da gioco e di palestre in ogni comune di almeno 1000 abitanti o in consorzi di comuni minori; l'istituzione di Commissioni comunali e di Commissioni provinciali per l'incremento dell'educazione fisica.

Beneficenza e mecenatismo.

La ditta A. Wassermann di Milano ha generosamente assegnato ed ha cominciato a versare alla Clinica delle malattie da lavoro di Napoli un contributo annuo di lire cinquemila come omaggio al Mezzogiorno d'Italia.

Per una cattedra universitaria.

Il prof. Enrico Santi, direttore della Scuola pareggiata di ostetricia in Arezzo, ha inoltrato ai componenti della C. S. della P. I. un memoriale in cui chiede che il C. S. sospenda l'esame e il conseguente giudizio sulla regolarità degli atti della Commissione per il concorso alla cattedra di ginecologia ed ostretricia a Messina, cui egli ha preso parte, in attesa che la IV sezione del Consiglio di stato si pronunzi su di un ricorso presentato dal Santi; in linea subordinata, che il C. S. e il Ministro della P. I. portino l'esame sugli atti relativi alla composizione della commissione stessa, e che il C. S., esaminati gli atti del concorso, ne proponga l'annullamento al Ministro della P. I. Il prof. Santi ha rivolto un'istanza al Ministro della P. I. nello stesso senso.

Un busto ad Angelo Celli.

Il 13 corr. nell'aula dell'Istituto d'igiene di Roma è stato solennemente inaugurato un busto ad Angelo Celli, per opera di un Comitato presieduto dal sen. Giovanni Ciraolo. Il busto è stato offerto dalla vedova sig.ª Anna.

Alla cerimonia sono intervenute alte personalità scientifiche e politiche fra le quali erano il senatore Giovanni Ciraolo, il senatore Vanni, l'on. Maffi, l'on. Sanarelli, il generale medico di marina Rho, il direttore generale della sanità pubblica comm. Lutrario, il gen. medico La Valle, direttore delal sanità militare, il sen. Marchiafava in rappresentanza del sindaco, il colonnello Baduel, direttore generale della Croce Rossa italiana, i dottori Baldi e Martirano in rappresentanza del Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, gli on. Santini, Baglione, Cirincione, Mancini, Eboli, il sen. Fano, e i proff. V. Ascoli, Alessandri, Pestalozza, Gualdi, il comm. Rossi, presidente della deputazione provinciale di Pesaro, l'avv. comm. Ugo Quarta, il conte d'Amore, ecc.; notate la signora Virginia Nathan, la marchesa Centurione, ecc.

Il sen. Ciraolo, presidente del Comitato esecutivo per le onoranze, a nome anche del presidente del Consiglio, che per le gravi cure di Stato non ha potuto partecipare, come vivamente avrebbe desiderato, alla solenne inaugurazione, ha porto un vivo ringraziamento a tutti gli intervenuti, e ha tratteggiato l'opera svolta da Angelo Celli nella scienza, nella politica e nella famiglia. Ha letto le numerose adesioni pervenute.

Il sen. Marchiafava ha fatto precipuamente risaltare l'opera grandiosa spiegata da Angelo Celli per combattere la malaria. È seguito l'on. Maffi, oratore designato dai colleghi deputati; egli ha accennato alla multiforme attività spiegata da Angelo Celli sia nell'insegnamento, sia nella politica.

Hanno parlato anche il sen. Vanni, l'on. Santini, deputato del collegio rappresentato un tempo da Angelo Celli, il prof. Sanarelli quale direttore dell'Istituto d'igiene e il prof. Alessandrini, direttore della Sezione zooprofilattica dell'Istituto zootecnico laziale.

In onore di un collega.

In occasione del collocamento a riposo, dietro sua richiesta, del dott. Gino Bianchi, medico chirurgo del comune di Castel S. Pietro Emilia, quel Consiglio comunale ha espresso all'insigne collega sensi di rammarico ed ha manifestato tutta la gratitudine della popolazione per lo zelo, la perizia, il disinteresse spiegati nell'esercizio della sua umanitaria missione; ha deliberato di assegnargli, come pensione, lo stipendio intero, integrato dell'ultimo sessennio; la Congregazione di carità ha solennemente riconosciuto le sue doti preclari, quale direttore sanitario dell'Ospedale; la Società Operaia di M. S. gli ha mandato un commosso saluto.

Gli amici ed ammiratori hanno raccolto in un opuscolo tutte queste attestazioni di stima, di riconoscenza, di devozione.

Aumento di tariffe mediche in Francia.

Una nuova convenzione, interceduta tra i rappresentanti delle grandi Compagnie d'assicurazione contro gli accidenti del lavoro e i rappresentanti dell'Unione dei sindacati medici in Francia, stabilisce, a partire dal 1° luglio prossimo, per le tassazioni mediche in corso e non ancora regolate, l'applicazione di un aumento del 100 % sulla tariffa Dubief ora vigente.

L'aumento aveva già avuto vigore or è qualche tempo.

Riunione della Giunta direttiva dell'Associazione della Stampa Medica.

La Giunta direttiva dell'Associazione della Stampa Medica si riunirà nei locali dell'Istituto d'Igiene in Roma il giorno 5 luglio p. v. alle ore 16.

La crisi della stampa medica agli Stati Uniti.

Il « Journal of Laboratory and Clinical Medicine » ha portato, nel corso dell'anno, il prezzo di abbonamento da dollari 3 a 5, a causa dei fortissimi rincari nel prezzo della carta e della mano d'opera tipografica, che l'amministrazione ha valutato in America del 100 al 300 %. (In Italia si va sino al mille per %! Di modo che i nostri prezzi d'abbonamento dovrebbero essere almeno quintuplicati...).

Nel giornalismo medico.

Il prof. R. Onorato, chirurgo capo dell'Ospedale Civile Vittorio Emanuele III in Tripoli, ha avviato la pubblicazione di un « Archivio Italiano di Scienze mediche coloniali » allo scopo di raccogliere e coordinare le osservazioni mediche fatte nelle nostre Colonie e che spesso restano ignorate perchè inedite o perchè sparse su periodici vari e non sempre diffusi.

Vivi auguri.

***

Riprende le sue pubblicazioni « Il Lavoro » organo della Clinica delle Malattie Professionali di Milano, consacrato alla patologia, all'igiene, alla fisiologia del lavoro, alla previdenza ed assistenza sociale.

Rallegramenti ed auguri cordiali.

Infortunio sul lavoro.

Apprendiamo con vivo compiacimento che il collega dott. Riccardo Galeazzi, il quale curando dei vaiuolosi, aveva contratto il terribile morbo, è uscito, completamente guarito, dal Lazzaretto di S. Sabina in Roma.

P.

Un incendio alla Direzione degli Ospedali di Roma.

Un violento incendio si è sviluppato la mattina del 4 giugno, nella direzione degli Ospedali Riuniti di Roma in Borgo Santo Spirito: edifizio di valore artistico e storico, cui è annessa la preziosa biblioteca Lancisana. Pare che sia stato prodotto da un corto circuito. L'opera dei vigili ne ebbe presto ragione.

Il 14 aprile u. s. decedeva MORITZ BENEDIKT, veterano dei neurologi viennesi: contava 85 anni. Era nato in Ungheria; studiò prima matematica e fisica, poi abbracciò la medicina; nel 1868 fu nominato straordinario di elettroterapia a Vienna, e subito dopo conseguì la cattedra di neurologia, ma solo nel 1899 passò ordinario.

La sua produzione scientifica è immensa: il suo nome rimarrà alla storia con la « sindrome di Benedikt » (designazione dovuta a Charcot), indicante la paralisi alterna dell'oculomotore e delle estremità. La sua mente originale e vasta spaziò anche negli studi di craniometria criminale e in quelli di anatomia comparata.

Di un'attività multiforme, di una versatilità straordinaria, fu anche autore drammatico e fu critico d'arte: poco prima di morire dava alla luce un saggio su Raffaello.

B. R.

È morto a 60 anni il prof. MARIO PILO, uno dei più valenti psicologi dei nostri tempi. Di lui così parla Enrico Morselli: « Era fra le menti più elette, più poliedriche, più latinamente versatili di cui potesse vantarsi la Patria nostra. Stampò orma personale nel campo dei fenomeni estetici. Meritava una cattedra universitaria e non l'ebbe, solito destino di chi in Italia si fa strada da sè ». Era nato in Sardegna. Insegnava al Liceo di Mantova.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1920 - Stabil. Pol. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 5 Luglio 1920 Fasc. 27.

IL POLICLINICO

AUMENTO DEI PREZZI D'ABBONAMENTO.

IL MINISTRO PER L'INDUSTRIA ED IL COMMERCIO

visto il Decreto Reale 22 Aprile 1920, N. 507

DECRETA:

Art. 1.

A partire dal 1° luglio 1920 i periodici di medicina d'indole generale che si pubblicano una o più volte la settimana dovranno aumentare i loro prezzi di vendita e di abbonamento in misura non inferiore al 50 % nè superiore al 100 % a quelli che erano in vigore prima della data su indicata.

Art. 2.

L'aumento del prezzo di abbonamento di cui all'articolo precedente si applica anche agli abbonamenti in corso al 1° luglio 1920 e gli abbonati che non intendessero versare il supplemento del prezzo avranno diritto di chiedere l'abbreviazione della durata dell'abbonamento fino a concorrenza della somma pagata.

Roma, 30 Giugno 1920.

Il Ministro:
ALESSIO.

In conformità delle disposizioni imposte dal decreto qui riportato e della deliberazione della assemblea dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica), pubblicata nel Numero scorso, i prezzi d'abbonamento al nostro periodico vengono aumentati dal 1° luglio al 31 dicembre 1920, nella seguente misura, *per tutti gli abbonamenti in corso:*

Per l'Italia	Per l'Estero	
L. 8 —	**Fr. 10 —**	*per chi è associato alla sola Sezione Pratica;*
» 12 —	**» 15 —**	*id. id. alle Sezioni Pratica e Medica;*
» 12 —	**» 15 —**	*id. id. alle Sezioni Pratica e Chirurgica;*
» 15 —	**» 20 —**	*id. id. a tutte e tre le Sezioni.*

Il Decreto Ministeriale ci consentirebbe di raggiungere la misura del 100 %, ma noi ci limitiamo a chiedere ai nostri abbonati quanto è **assolutamente indispensabile** per fronteggiare le attuali difficoltà.

Così il "**POLICLINICO**,, manterrà ancora il vanto di essere il periodico di medicina generale più a buon mercato fra tutti quelli che vedono la luce in Italia.

Il modesto sacrificio che chiediamo ai nostri fedeli abbonati varrà a far superare al nostro giornale la crisi che ne ha minacciato l'esistenza. E confidiamo che essi, per la loro coltura, per il decoro della scienza, per il nostro prestigio all'Estero, vorranno ancora attestarci la loro simpatia, contribuendo agli sforzi che facciamo per assicurare la vita al più accreditato e diffuso periodico di medicina italiano.

I nostri abbonati sono pertanto pregati di voler rimettere con cortese sollecitudine, mediante vaglia o cartolina vaglia, la suddetta quota d'integrazione, direttamente all'Editore del " Policlinico ", **Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma.**

Anno XXVII Roma, 5 luglio 1920 Fasc. 27.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La diagnosi di laboratorio nel tifo esantematico

per il dott. ALFONSO ABBRUZZETTI,
Ufficiale sanitario di Burano (Venezia).

Gli studi compiuti finora di laboratorio e di clinica, perseguiti con tenacia al fine di chiarire il ciclo biologico patogenetico nel tifo esantematico, determinandone l'agente etiologico, tentando la riproduzione sperimentale dei segni clinici, hanno assunto una decisiva importanza per i metodi diagnostici. Una prova ormai classica è quella di Nicolle e Conseil i quali, dopo essere riusciti a inoculare il tifo esantematico alle scimmie, videro che la malattia era trasmissibile anche alle cavie, iniettando nel peritoneo sangue di malati. La specificità della prova è questa: che mentre nelle cavie non si sviluppa il quadro completo del dermotifo, si produce dopo 7-15 giorni una febbre sperimentale che dura da quattro a dieci giorni, la quale ha una curva particolare che parrebbe costante. Il metodo, per quanto pregevole, è tardivo nel senso che i risultati dell'indagine non possono essere conosciuti che dopo 15-20 giorni, cioè quando è avvenuta la guarigione dei malati. Otto e Dietrich hanno contestata la caratteristica della curva delle temperature delle cavie inoculate, argomentando anche che certe infezioni dovute a tifo esantematico non s'accompagnano neppure ad elevazione di temperatura. Secondo questi AA. sarebbero invece importanti le alterazioni microscopiche degli organi. Se la morte avviene a seguito d'infezione indotta dal virus esantematico inoculato, l'animale in genere muore tra il 12° e il 18° giorno. Reperto: tumefazione delle ghiandole ascellari e inguinali, congestione delle capsule surrenali; infarti emorragici nei polmoni, fegato, reni. La cavia inoculata acquista l'immunità dopo una prima infezione. Ebbe anche una certa fortuna il metodo di Fraënkel basato sull'esame istologico della roseola, fortuna effimera anche perchè non può essere applicato nel tifo esantematico *senza esantema*, cioè proprio nella forma sulla quale più grava il dubbio. Moltissimi germi furono descritti e ritenuti d'importanza fondamentale nell'etiologia del tifo esantematico. Così nel 1910 si ebbero i bacilli descritti da Ricketts e Wilder e i microrganismi di Nicolle; nel 1914 un diplobacillo segnalato da Rabinowitch e un diplococco trovato da Furth; poi vennero i corpi intraglobulari osservati da Prowazek (strongiloplasmi o clamidozoi), quindi i cocchi e gli anaerobi descritti da Plotz, Olitzky e dalla loro scuola, tra cui il *bacillus typhi exanthematici* ch'ebbe vita effimera nella storia di queste ricerche. Nel 1916

Futaki affermò che l'agente è una spirochaeta, ritrovata nei tubuli renali di un malato morto di tifo esantematico e nell'urina di sette malati sopravvissuti. Tale spirochaeta lunga 6-8 μ., sarebbe costituita di 5-7 spire e apparirebbe ciliata. I sali di argento la colorirebbero, come pure il Giemsa. Da Rocha-Lima nello stesso anno descrisse alcuni microrganismi cocco-bacillari cui dette il nome di *Rickettsiae prowazeki* che trovò nello stomaco dei pidocchi infetti; ma Brumpt provò che tali germi si riscontrano anche su pidocchi che provengono da individui sani perfettamente; e molti pidocchi sui quali si ritrovarono tali microrganismi, non trasmisero alcuna infezione. Robertson pure nel 1916, riprendendo le ricerche di Penfold, vide che non poteva ritenersi specifico un altro cocco isolato dal sangue e dall'urina di alcuni malati.

Nella recente epidemia d'Olanda dal sangue di un malato da Hoogenhuijze fu isolato un diplobacillo immobile che prende il Gram, che si colora con tutti i colori di anilina, si sviluppa bene in gelatina in colonie bianche, non liquefacenti, non sviluppa indolo, nè acidi, nè gas nei mezzi zuccherati. Tale germe, privo di spore, sarebbe patogeno per la cavia. Il siero dei malati agglutina il bacillo trovato anche nel canale gastrointestinale dei pidocchi presi sui vestiti dei malati. Affatto recentemente Borrel, Cantacuzène, Jonnesco, Mihaešti e Nasta hanno riscontrato nell'uomo e nel pidocchio colpiti da tifo esantematico un microrganismo capsulato che si presenta come un cocco-bacillo a colorazione bipolare e piccolissimo (tipo cholera dei polli). Le colonie si sviluppano bene su gelatina Bordet. La cultura ha carattere filante; il germe è aerobio ed è Gram-resistente. Nasta poi in Italia ebbe occasione di eseguire con Artom alcune sezioni di cadaveri di esantematici; sulla faccia esterna dell'encefalo, in corrispondenza della volta, notò numerosi noduli bianco-grigiastri e travate perivasali di colore lattescente; in esse riscontrò costantemente forme cocciche, capsulate, Gram-resistenti, corrispondenti al cocco-bacillo descritto in collaborazione con altri. L'iniezione sperimentale di cultura di detto germe ha dati tuttavia risultati contradittori, tanto da far dubitare molto che il germe descritto sia l'agente del tifo esantematico. Anche il liquido cefalo-rachidiano è stato oggetto di ricerche a scopo diagnostico. I dati forniti da molti studiosi quali Hesler e Prowazek, Devaux, Tupa, Monteleone ed altri non concordano perfettamente; tutti ammettono in ogni caso una forte leucocitosi abbastanza precoce, aumento di pressione, iperalbumosi. Questa è negata da Heilig, il quale avrebbe descritti, come caratteristici, grossi leucociti a più nuclei e segnalata la presenza di un anello nei globuli bianchi e nei linfociti piccoli. Tale reperto attende conferma per modo che l'importanza della citodiagnosi nel liquido cefalo-rachidiano per il dermotifo, resta ancora dubbia. Friedberger si è occupato della reazione delle termoprecipitine usata per rilevare l'antigene nell'organismo dei malati di tifo esantematico. Le ricerche sulla negatività delle reazioni specifiche agglutinanti per il bacillo d'Eberth e per i paratifi A e B non possono costituire una prova in senso positivo, come le reazioni positive non escludono il tifo esantematico. Delta e Papamarku hanno preconizzata quale assai utile la reazione di Wassermann come costante e di carattere precoce nei dermotifosi; e ciò anche a giudizio dell'Ottolenghi; il Ficai ne contesta la precocità dopo aver constatato che la reazione di Wassermann non è costante ed è presente per breve durata. Michaud d'altra parte, l'avrebbe trovata su 26 casi, sempre positiva nel periodo febbrile.

Le cose dal punto di vista patogenetico e di diagnosi di laboratorio non erano confortanti, quando Weil e Felix nel marzo del 1916 pubblicarono il risultato di metodiche ricerche sull'esistenza di una agglutinazione nel tifo esantematico. Già fin dal 1915 questi due Autori avevano trovato nelle urine di un malato affetto da dermotifo un bacillo del tipo Proteus il quale presentava il fenomeno dell'agglutinazione col siero del malato e con il siero di un altro caso di tifo esantematico. Culture di Proteus appartenenti a malati non esantematici non reagivano con l'agglutinazione. Tale scoperta arrivò a noi con ritardo di qualche anno, un poco per le difficoltà inerenti allo stato di guerra, molto per un ostracismo di falsa lega patriottarda che ci fece trovare quasi disarmati scientificamente quando il tifo esantematico fece la sua comparsa in Italia. Sta il fatto che le prime comunicazioni di Weil e Felix suscitarono enorme interesse oltre alpe e attorno ad esse fiorirono e s'intensificarono ricerche assai minute e si produsse una ricca bibliografia che oggi noi riguardiamo con discreta mortificazione, poichè subito si comprese che si aveva finalmente in mano un metodo sicuro di diagnosi.

Nel 1919 ebbi occasione di studiare parecchi malati di dermotifo. In tutti fu eseguita la prova di Weil-Felix che risultò sempre positiva, contemporaneamente a quella di Widal che fu costantemente negativa. Questo particolare sembra essere in contrasto con quanto fu riferito da altri, secondo i quali spesso la prova di Widal era positiva nello stesso tempo che quella di Weil-Felix, con la sanzione del principio che la negatività dell'una non provava la positività dell'altra, come l'esser positiva l'una non significava che la seconda dovesse risultare negativa. Da quanto e-

emerge dalle mie osservazioni, non possono certo essere dedotti argomenti che infirmino tale concetto, non ostante che solo l'apparenza, data la totalità dei risultati, possa far ritenere che l'agglutinazione di Widal sia stata negativa perchè quella di Weil-Felix era risultata positiva. È necessario rilevare un carattere nei miei malati di sicuro valore: non considerando il primo infermo, passato all'inizio del male all'ospedale d'isolamento di Venezia, tutti i malati presi in esame erano di sesso femminile, non vaccinati precendentemente contro il tifo e non avevano in epoca recente subita questa infezione. Il solo di sesso maschile, morto per pneumonite intercorrente, era un povero vecchio di 64 anni. La circostanza che molti avrebbero trovata la reazione di Widal spesso positiva in casi di tifo esantematico accertato, ammessa anche l'eventualità in qualche caso d'ileo-tifo anteriormente sofferto, deve far supporre che le osservazioni siano state praticate in individui di sesso maschile e giovani, sottoposti a servizio militare e frequentemente vaccinati contro il tifo addominale per ragione di profilassi generale. Conforta questa probabile ipotesi lo stesso fatto che, malattia di guerra, il tifo esantematico fu studiato durante la guerra con materiale d'indagine in gran parte costituito di uomini sotto le armi. In un periodo anteriore a quello della valorizzazione del metodo di Weil-Felix (1914-1915), alcuni studiosi di patologia balcanica sostennero, con abbondanti citazioni di fatti clinici, la possibilità di una contemporanea coesistenza delle due infezioni nello stesso individuo, febbre tifoide e tifo esantematico e furono descritte osservazioni secondo cui sarebbero stati isolati bacilli di Eberth nel sangue, riscontrando poi una reazione di Nicolle positiva (inoculazione delle cavie), in rapporto al medesimo malato. A spiegare parecchie circostanze contrastanti, non devesi dimenticare un fatto assodato abbastanza curioso: che presso le popolazioni balcaniche si è trovata frequentemente la reazione di Widal positiva in persone sanissime, non ammalate di tifoide in atto o pregressa, o in persone colpite da altra malatttia che non fosse l'infezione eberthiana. Tale constatazione non sembra sia stata fatta per le popolazioni dell'Europa occidentale. La prova di Widal, di fronte a casi sospetti di tifo esantematico, potrebbe deporre per il tifo addominale solo in primo tempo, quando l'agglutinazione di Weil-Felix fosse risultata negativa e l'anamnesi avesse in modo assoluto eliminata, il che è difficile, la possibilità dell'esistenza di un tifo addominale anteriore, o d'una vaccinazione antitifica. Il dubbio dovrebbe tuttavia sempre sussistere sul sospetto che la prova di Weil-Felix potesse dare risultato positivo in ricerche successive, per quel fenomeno di agglutinazione ritardata che già si è visto apparire, per quanto non frequentemente.

Le ricerche nei miei malati sulla reazione di Weil-Felix sono state fatte ad epoche differenti. La prova è risultata positiva tra il 3° e il 9° giorno di malattia. Il tasso di diluizione è apparso costituito di valori saltuari, considerato in rapporto al giorno di malattia in cui veniva eseguito l'esame. Così che non può avere nessun significato in relazione alla gravità del decorso e al prognostico. In un caso gravissimo seguito da morte con fenomeni d'intensa intossicazione dei centri bulbari, la Weil-Felix fu negativa al 7° giorno e positiva al 13° al tasso 1:100, giorno della morte. In un altro caso si ebbe reazione positiva 1:100 al 7° giorno di malattia; in un'altra malata pure al 7° giorno la Weil-Felix fu positiva alla diluizione 1:300; mentre in un caso ad esito infausto la Weil-Felix in 6° giorno fu positiva al tasso 1:500. Si ebbe una reazione abbastanza precoce in un'altra inferma; positiva 1:100 in 3° giorno; positiva 1:1000 in 11°. Per quanto generalmente le agglutinine del Proteus X_{19} sembrino comparire entro il primo settenario nel sangue dei colpiti e presso a poco quando esplode l'eruzione cutanea, pure nulla autorizza a far ritenere che una relazione esista fra i due fenomeni. Il tasso di diluizione andò sempre aumentando verso il secondo settenario e nel terzo, quando i malati erano convalescenti; e al 18°, 9°, 16°, 12°, 11° giorno del decorso si ebbero tassi di 1:1000, 1:500, 1:1000, 1:1000, 1:1000 rispettivamente. Furono nuovamente eseguiti esami quando i malati erano da tempo convalescenti, dopo che furono scorsi molti giorni dall'esaurimento di tutti i fenomeni morbosi; ed il tempo fu calcolato da quello in cui discese definitivamente la febbre. Non m'è necessario richiamare che le precedenti prove avevano data la Weil-Felix positiva. Un'inferma al 90° giorno, proteoagglutinazione negativa. Una seconda al 90° giorno, positiva 1:100. Una terza al 90° giorno, negativa. Mentre in un'altra la prova al 90° giorno fu positiva 1:100, in due altre si trovò l'agglutinazione positiva pure 1:100, ma al 70° giorno; ed in una allo stesso intervallo di tempo, positiva 1:300. Tali risultati dimostrerebbero che le proteoagglutinine del sangue dei dermotifosi se aumentano rapidamente nel secondo settenario della malattia e più oltre, tendono poi a scomparire lentamente e dopo 3-4 mesi non si ritrovano che difficilmente. Siamo ben lontani così dalle agglutinazioni trovate positive dopo più che due anni. Un caso che fu abbastanza singolare per me e per parecchi miei colleghi fu offerto da una malata la quale accusò soltanto alcune turbe gastriche febbrili e null'altro. Se

tale inferma non fosse stata infermiera nel padiglione d'isolamento dei dermotifosi, nessuno in lei avrebbe sospettata un'infezione da tifo esantematico anche larvata, data l'assenza di esantema e di tutto quel complesso sintomatologico che è caratteristico specialmente per ciò che riguarda le turbe del sistema nervoso. Con meraviglia si trovò che la sieroreazione di Weil-Felix in 4° giorno era positiva alla diluizione 1:100; in 10° positiva 1:1000; in 40° positiva 1:500; in 110° positiva 1:100. Poi che il quadro clinico era negativo, ci fu chi affacciò l'ipotesi di una infezione pura da proteus con agglutinazione specifica nel sangue; non m'è necessario che mi dilunghi per dimostrare l'assurdità di tale presupposto, quando si pensi che nessuno ha mai provato che la reazione di Weil-Felix sia positiva nelle infezioni da proteus, compreso l'X_{19}; che la medicina sperimentale ha provato proprio l'opposto; che se così non fosse, il valore dell'agglutinazione di Weil-Felix che si fonda esclusivamente sulla condizione di essere costante nel tifo esantematico, s'annullerebbe a fundamentis ed il metodo non vivrebbe un giorno di più. Non deve del resto far meraviglia poter citare oggi casi di dermotifo non solo senza esantema, ma anche senza reazione febbrile, non accompagnati dai sintomi più salienti ritenuti finora fondamentali. Nel caso della mia malata si trattava certamente di tifo esantematico da contagio ed il periodo d'incubazione esattamente controllato in 16 giorni, depone per questo. Il quadro clinico non era certamente classico, non abortivo e neppure frusto; sicuramente anomalo. Il fenomeno non deve apparire neppure originalissimo, poichè osservazioni simili sono state già fatte in rapporto a persone nelle quali si notò la produzione di anticorpi specifici, esposte al contagio e che godevano perfetta salute (Baehr). La maggior parte di queste constatazioni sono state fatte durante l'epidemia del 1915-16 nell'Europa Orientale. Il materiale di studio era stato scelto su persone non malate che avevano frequentati da poco tempo infermi, come sanitari, personale infermiere, membri di famiglie contagiate. Del resto Nicolle, Ricketts e Wilder, Anderson avevano dimostrato che le scimmie punte da pidocchi infetti possono possedere una immunità, senza avere presentato alcun sintomo morboso.

* * *

La prova di Weil-Felix costituisce oggi l'unico metodo diagnostico di laboratorio di sicuro valore: è stata oggetto di moltissimi studi, di molteplici controlli e di unanimi consensi. Il risultato pratico di tale agglutinazione è di grandissima importanza, per quanto il fenomeno permanga nella sua essenza non chiaro, per quello che si riferisce ai rapporti fra proteus e tifo esantematico. Burckhardt studiando le razze di proteus in relazione alla prova di Weil-Felix, salva una sensibilità marcata in presenza di piccole quantità di acido formatesi nei mezzi zuccherati per opera dei batteri concomitanti, nota che i ceppi X non sembra che abbiano nulla che li distingua dal Proteus vulgaris. Tuttavia Polverini fa rilevare che l'isolamento del proteus X_{19} è difficile e riesce solo eccezionalmente dalle orine e dal sangue dei dermotifosi, mentre i protei comuni sono fra i microrganismi più facilmente isolabili e coltivabili. È conosciuto che il proteus penetra agevolmente nell'intestino dell'uomo coll'alimento e spesso vi rimane; non è parassita nel senso vero, ma commensale. Come altri microbi commensali (B. coli, stafilococco, paratifo B), può in certe condizioni attaccarsi all'ospite e talvolta approfittando di condizioni di minore resistenza, introdursi nei tessuti e moltiplicarsi (Van Loghem). È noto per gli studi di Metchnikoff il rapporto etiologico che lega il cholera infantum con il Proteus vulgaris. Si è affermato che fra il siero del malato esantematico ed il proteus X_{19} vi è un rapporto assolutamente specifico. Neukirch e Kreuschen credono che la relazione tra il siero dei malati ed il bacillo X_{19} sia identica a quella che passa tra il bacillo di Eberth ed il siero dei malati di febbre tifoide. Assolutamente ciò non è esatto. Sarebbe necessario dimostrare, a sostegno di simili affermazioni, che il proteus X_{19} è l'agente del tifo esantematico, il che non è niente affatto provato. In altri termini non è il proteus l'antigene per le agglutinine che si producono o meglio si riscontrano nel siero del sangue degli individui che sono affetti o furono affetti da tifo esantematico, agglutinine che determinano il fenomeno sierologico. Le ricerche eseguite in proposito non ammettono dubbio. Braun ha studiato comparativamente il siero dei malati colpiti da dermotifo e il siero degli animali iniettati con il proteus ed ha constatato una differenza tale da escludere in via assoluta l'ipotesi che il proteus X_{19} sia l'agente patogeno del tifo esantematico. Alcuni hanno sostenuto che il proteus riscontrato nei dermotifosi sia un microrganismo che trasformandosi si adatti specificamente a questa malattia. Ma non si è riusciti mai sperimentalmente in nessun caso a realizzare una simile trasformazione partendo dalle origini ordinarie del proteus. Secondo il Braun la reazione di Weil-Felix è dovuta ad una esaltazione delle agglutinine normali in rapporto a certe razze di proteus, esaltazione che s'opera sotto l'influenza dell'agente sconosciuto del tifo esantematico. Durante le ricerche sui differenti ceppi di proteus, l'A. è stato colpito dal fatto seguente: tutti i

proteus isolati a Francoforte appartenevano al ceppo proteus X_1; al contrario, i campioni di proteus inviati da Vienna appartenevano tutti al ceppo X_2. C'è da domandarsi se i ceppi del proteus non varino secondo le località e se i proteus specifici (X_{19} e X_2) che si riscontrano nel tifo esantematico non siano propri di certe regioni determinate. Friedberger ritiene ad onta di tutto, senz'altro, che l'agente patogeno del tifo esantematico sia il proteus X_{19}. Ma di queste idee che mancano di base provata, subito dopo, Otto fece una critica severissima; Kreuschen dimostrò che esistono oltre le razze di proteus di Weil-Felix altri batteri specificamente agglutinabili dai malati di tifo esantematico; su 106 prelevamenti di sangue di dermotifosi con reazione di Weil-Felix positiva, l'A. constatò 53 volte anche l'agglutinazione d'una razza di pyocyaneus dopo due ore, alla diluizione di 1:100. Schlossberger inietta nell'animale da esperimento simultaneamente del sangue virulento d'esantematico e dei bacilli di proteus X_{19}; si osservano così due malattie distinte che si succedono a 10-12 giorni d'intervallo; al principio, subito dopo l'inoculazione, si ha una elevazione termica che dura parecchi giorni, dovuta ai germi; dopo un periodo d'incubazione di 10 giorni si produce una nuova elevazione di temperatura che persiste per 8 giorni, dovuta al virus tifico. In una esperienza l'A. inocula sangue virulento di un malato; dopo una regolare incubazione, l'animale ha febbre e quindi diventa refrattario a una nuova reinfezione da sangue virulento. Se a questo animale che ha una immunità acquisita per il virus del tifo esantematico si inietta una dose semplicemente mortale del bacillo X_{19}, la morte avviene entro 24 ore, come nell'animale controllo. E soltanto l'iniezione di una debole dose di X_{19} vaccina contro una dose mortale di X_{19}. Se poi si prepara l'animale con una debole dose di X_{19} e poi lo si inocula con sangue virulento, si vede manifestarsi, dopo un periodo d'incubazione, un movimento febbrile con le stesse caratteristiche come nell'animale preparato. Le prove d'immunizzazione passiva con il siero attivo contro il bacillo X_{19} hanno dimostrato che se il siero preserva gli animali contro l'infezione dovuta al proteus X_{19}, è tuttavia privo di qualsiasi azione, sia preventiva che curativa, contro il virus esantematico. Tali ricerche dimostrano come non esista nessun legame patogenetico fra il proteus X_{19} e il dermotifo, a conferma di analoghe affermazioni di Landsteiner e Haussmann, Doerr e Pick. Recentissimamente l'argomento è stato ripreso da Moellers e Wolff con esperienze che provano una volta di più che bisogna rinunciare definitivamente all'affermazione di Friedberger, il quale vedeva nel proteus l'agente patogeno del tifo esantematico. Gli esperimenti degli AA. dimostrano che gli animali vaccinati per via peritoneale con iniezioni di bacilli X_{19}, non sono affatto protetti contro una successiva infezione da virus esantematico. Di più gli animali inoculati con virus di tifo esantematico non danno la reazione di Weil-Felix, cioè non agglutinano il proteus X_{19}. Jacobitz viene alle stesse conclusioni negando che la sieroagglutinazione di Weil-Felix possa essere ritenuta l'equivalente di una vera reazione d'immunità, come è la sierodiagnosi di Widal per il tifo addominale. La reazione di Weil-Felix, escluso che il proteus X_{19} sia l'agente patogeno del dermotifo, appare così alquanto enigmatica; con ogni probabilità si tratta di un fatto di coincidenza; siamo cioè innanzi ad un fenomeno di formazione di anticorpi di origine eterogenetica (Hamburger e Bauch, Forsmann, Friedberger e Schiff). A conforto di ciò starebbe l'osservazione che inoculando un animale con proteus X_{19} si ottiene un siero agglutinante per il proteus X_{19}; mentre confrontando le agglutinine relative al proteus con quelle del siero di un tifoso esantematico, si rilevano profondi caratteri di differenziazione. Altri credono in un fenomeno di paragglutinazione secondo Kuhn e Woithe, cioè il proteus, sviluppandosi nel corpo dei dermotifosi, dovrebbe sotto l'influenza del virus e relativi anticorpi, plasmare in rapporto a questi il suo apparato ricettore e diventare permanentemente agglutinabile dal siero di sangue dei malati (Lustig).

Resta in ogni caso che la reazione di Weil-Felix, pur non specifica, è costante, a tasso differente e rappresenta un mezzo diagnostico prezioso. Per suo mezzo si è potuto stabilire ormai con sicurezza che *esistono casi di febbre petecchiale senza esantema e senza febbre, clinicamente non riconoscibili*.

BIBLIOGRAFIA.

E. WEIL e A. FELIX. « Wien Klin. Woch. », mar. 1917.
H. DA ROCHA-LIMA. « Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg. », genn. 1916.
DIETRICH. « Deut. Med. Woch. », dic. 1916.
OLITZKY, DEUZER, HUSK. « Jour. Amer. Med. Ass. », apr. 1917.
BAEHR. « Jour. of inf. dis. », lug. 1917.
EPSTEIN e MORAWETZ. « Wien. Klin. Woch. », mar. 1917.
WILSON. « Brit. Med. Journ. », giu. 1917.
SACHS. « Deut. Mediz. Woch. », ag. 1917.
WELTMANN. « Wien. Klin. Woch. », mar. 1917.
FUTAKI. « The New-East » (Shin-Toyo), ag. 1917.
BRUMPT. « Bull. Soc. Path. exot. », mar. 1918.
FELIX. « Muench. Mediz. Woch. », sett. 1917.
FRIEDBERGER. « Deutsche Mediz. Woch. », ott., nov. 1917.
OTTO. « Deusche Mediz. Woch. », febb. 1918
MUEHLENS e STAJANOFF. Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg., lug. 1917.

VITECEK. « Wien. Klin. Woch. », lug. 1917.
STERLING. « Wien. Klin. Woch. », lug. 1917.
BALLNER e FINGER. « Wien. Klin. Woch. », lug. 1917.
HAMBURGER e BAUCH. « Deut. Mediz. Woch. », sett. 1917.
SCHIFF. « Deut. Mediz. Woch. », ott. 1917.
WOLFF. « Deut. Mediz. Woch. », nov. 1917.
BRAUN e SALOMON. « Deut. Mediz. Woch. », genn. 1918.
HILGERMANN e ARNOLDI. « Deut. Mediz. Woch. », dic. 1917.
FELIX. « Zeitschr. f. Immunit. », dic. 1917.
SACHS. « Deut. Mediz. Woch. », apr. 1918.
WERNER e LEONEAU. « Muench. Mediz. Woch. », mag. 1918.
KUCZYNSKI. Arch. f. Protist., apr. 1918.
JACOBITZ. Centr. f. Bakter., mag. 1918.
BRAUN. Berlin. « Klin. Woch. », lug. 1918.
FRIEDBERGER e JOACHIMOGLU. « Muench. Mediz. Woch. », lug. 1918.
SEYFARTH. « Mediz. Klin. », nov. 1918.
VAN HOOGENHUIJZE. Centr. f. Bakter., nov. 1918.
SCHLOSSBERGER. « Mediz. Klin. », dic. 1918.
SCHÜRER e WOLFF. Centr. f. Bakter., nov. 1918.
BAEHR. « Journ. of Inf. Dis. », ag. 1917.
SACQUÉPÉE e LAVERGNE. « Soc. des Hôp. », febb. 1919.
BRAUN. « Bull. de l'Inst. Pasteur de Paris », febb. 1919.
TALIERCIO. « Ann. Med. Nav. e Col. », nov.-dic. 1918.
KRAMER. « Neder. Tijdsch. », mar. 1919.
FICAI. « Ann. d'Ig. », mar. 1919.
KREUSCHEN. « Corr. Blatt f. Schweiz. Aerzte », febb. 1919.
FELIX e MITZENMACHAR. « Trop. Dis. Bull. », febb. 1919.
BORREL, CANTACUZÈNE, JONNESCO-MIHAESTI, NASTA. « Comp. rend. des Sciens. Soc. de Biol. », Paris, mag. 1919.
FICAI. « Policl. », sez. pr., apr. 1919.
MONTELEONE. « Policl. », sez. pr., ag. 1919.
LUSTIG. « Rif. Med. », lug. 1919.
SIGNORELLI. « Rif. Med. », lug. 1919.
LUSTIG, MUELLER, PEPEU, PULGHER. Soc. Ed. Libr. Milano, 1919.
CIAURI. « Gior. Med. Milit. », ag. 1919.
URIZIO. « Rif. Med. », sett. 1919.
MONTEFUSCO. « Rif. Med. », sett. 1919.
VALLARDI. « Pathologica » n. 260, 1919.
COMPTON. « The Lancet », nov. 1919.

NOTE DI TECNICA.

L'estrazione delle monete dall'esofago sotto il controllo radioscopico in narcosi.

per il dott. FELICE ROSSI
Docente di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria.
Chirurgo Primario dell'Ospedale Civile di Forlimpopoli.

In presenza di una moneta — abitualmente un soldo — arrestatasi nell'esofago è precetto di curarne l'estrazione.

La speranza che il soldo si sposti spontaneamente e passi nello stomaco, è spesso fallace, mentre lascia il campo aperto all'insorgere di complicanze, che posson dare amare delusioni al chirurgo e gravi pericoli al paziente.

Similmente non bisogna fare alcun tentativo per spingere la moneta nello stomaco, potendosi lacerare l'esofago, come recentemente ha constatato Domenichini per tentativi fatti da un collega con una semplice sonda (1).

I metodi più raccomandati per l'estrazione sono quello con l'esofagoscopio e quello col panierino di De Graefe o con l'uncino di Kirmisson.

L'estrazione con l'esofagoscopio rappresenta il metodo d'elezione, ma ha anch'esso le sue controindicazioni speciali ed inoltre richiede una tecnica che finora è posseduta solo da pochi medici.

Il panierino di De Graefe è da proscrivere perchè se riesce facilmente a pescare la moneta, non raramente aggancia anche l'esofago, creando situazioni angosciose, da dover richiedere perfino l'esofagotomia per la liberazione ed ha costato la vita a qualche paziente. Il punto pericoloso d'agganciamento è dato dal margine inferiore della cricoide, come rilevò il Loreta sperimentalmente sul cadavere. Riuscirono a disimpegnare panierini restati impigliati ad altri colleghi Félizet, Lejars, Nigrisoli. Il Malagodi (2) dovè ricorrere all'esofagotomia esterna, la prima fatta in Italia avanti il 1860. Casi di morte ricordano Piechaud, Briais Créquy, Sebileau, Walther (3). Nigrisoli fu perito in tribunale per la morte provocata rapidamente dal panierino nei tentativi di estrarre un soldo in un bambino di circa 4 anni e il soldo fu estratto alla necroscopia (4).

L'uncino di Kirmisson è innocuo, ma non sempre riesce a caricarsi della moneta e ad estrarla.

Pertanto anche per le monete l'esofagotomia esterna non ha perduto il suo diritto di esistenza e può essere necessità di ricorrervi, come mi è avvenuto in due casi di cui dirò in altro lavoro.

Un metodo che non mi consta ancora usato da alcuno è l'estrazione sotto il controllo dei raggi a paziente addormentato sul tavolo radioscopico. Lontana da me però ogni affermazione di priorità, poichè penso che per gli stessi problemi nelle stesse condizioni, la mente umana non possa dare che le medesime risoluzioni, e così in guerra ho visto passare per nuovi e di

(1) Da notizia avuta dal prof. Nigrisoli.
(2) Da notizia avuta dal dott. G. Giovannini chirurgo primario di Lugo
(3) BERARD et LERICE: *De la conduite à tenir dans les cas de corps étranger de l'oesophage chez l'enfant* « La semaine méd. », 1905, n. 7.
(4) Comunicazione personale del prof. Nigrisoli.

recente scoperta indicazioni curative e metodi vecchi di qualche secolo e provati dall'esperienza di guerre precedenti: nessuna meraviglia quindi se con tanta ricchezza di apparecchi radioscopici, anche altri avesse applicato il metodo di cui scrivo.

A me se ne presentò l'occasione durante la guerra all'O. C. 52 in Arta (Carnia) nel maggio 1917.

« Si trattava di un bambino di 4 anni condottomi a visitare per un soldo ingoiato da un paio di ore. Nessun sintomo soggettivo. Alla radioscopia la moneta appariva ferma al solito punto d'elezione, all'incrocio del manubrio sternale con le clavicole.

Non possedevo l'esofagoscopio nè l'uncino di Kirmisson: con quello di De Graefe non volli azzardare.

Denudato il paziente lo addormentai con l'etere sul tavolo radioscopico.

A narcosi completa— sollevate le spalle del paziente con un cuscinetto, ne reclinai la testa all'indietro in iperestensione — e sotto il controllo luminoso dei raggi introdussi sulla guida dell'indice sinistro, una lunga pinza di Kocher a punta smussa senza denti e a branche chiuse. La pinza scivolò facilmente nell'esofago; arrivata a contatto del soldo ne aprii le branche di pochi millimetri ed afferrai la moneta che agevolmente fu estratta ».

Durante la guerra l'estrazione dei proiettili sotto lo schermo radioscopico fu largamente usata e per merito di Petit de La Villéon è divenuta, si può dire, il metodo d'elezione per i proiettili polmonari. Anologamente a tali operazioni diventa « clairvoyante » anche l'estrazione di una moneta dall'esofago ed anche più facile poichè la ricerca cade in uno spazio libero e limitato quale è il tubo esofageo.

Il momento più delicato è l'introduzione della pinza, ma non presenta difficoltà ed è più agevole dell'introduzione dell'esofagoscopio: ancora meglio si potrà usare una delle speciali pinze esofagee od anche lo stesso uncino di Kirmisson.

Condizione se non essenziale, certo di grande aiuto per la calma riuscita dell'estrazione è la narcosi del paziente: per lo più si tratta di bambini che se svegli, per quanto tenuti ben stretti, reagirebbero con movimenti inconsulti rendendo pericoloso un intervento innocuo e facile: con una ubbriacatura di etere di pochi minuti tutto è finito.

Oltre che per le monete il metodo può servire per altri corpi estranei di materiale visibile ai raggi e l'estrazione sotto lo schermo, che fa vedere quello che si fa, può sostituire bene l'esofagoscopio e riesce di gran lunga più sicura che con l'uncino manovrato alla cieca.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN TORINO
SEZIONE CHIRURGICA DIRETTA DAL PROF. BOBBIO.

Sopra un caso di contusione dell'addome con rottura dell'intestino e peritonite da perforazione, guarito con la laparotomia.

per il dott. J. ABOULARAGE, assistente.

A... V..., d'anni 15, da T..., muratore, l'11 dicembre 1918, ore 19, viene colpito da un calcio di cavallo all'addome e trasportato, dopo circa due ore, all'ospedale. Il chirurgo di guardia, non rilevando, all'infuori di un leggero shock, alcun sintomo di una certa entità che richieda un immediato intervento, lo invia in sezione.

Il giorno dopo interrogo l'a. ed i parenti e mi risulta che il ragazzo venne colpito dal calcio di cavallo in corrispondenza della regione ipogastrica, in seguito al quale ebbe tosto vomito di puro cibo, ma non ematemesi, nè melena, sebbene accusasse dolore diffuso a tutto l'addome e specialmente in corrispondenza della regione pubica. Inoltre, durante la notte, pur lagnandosi di un continuo stimolo all'orinazione, senza emettere alcuna goccia d'urina, ebbe la perdita di qualche goccia di sangue dal meato uretrale ed una defecazione normale.

Esaminato l'a., trovo colorito del volto normale, polso regolare (75 battiti al minuto); non febbre, nè alcun segno d'anemia acuta.

All'ispezione l'addome è normale, nè si nota alcuna contrattura delle pareti. Alla percussione l'ottusità delle regioni epatica e splenica è integra, nè si constata alcuna raccolta liquida o gassosa; anche la regione epigastrica non presenta alcuna risonanza timpanica. Alla palpazione l'addome è trattabile, nè si rileva alcunchè d'importante anche facendo cambiare di posizione l'infermo, eccetto una leggera dolorabilità diffusa a tutto l'addome, la quale si accentua in corrispondenza della regione pubica; ma non si palpa la vescica distesa. Col cateterismo, che riesce doloroso, fuoresce dell'urina limpida, nella quantità di circa 100 cmc.

Data tale sintomatologia che, direi, riuscì negativa, ho creduto di poter ancora aspettare, mantenendo la vescica di ghiaccio sull'addome, sebbene la mia attenzione sia stata rivolta all'intestino, tanto più che il ragazzo venne colpito in una regione in cui è più vulnerabile il tubo digerente. Ed infatti, il mattino seguente, cioè 40 ore dopo la sua entrata nell'ospedale, l'a. peggiorava, lagnandosi di un dolore addominale sordo, continuo, e presentando lieve aumento di temperatura (38°), polso frequente (105 al minuto), respirazione superficiale a tipo quasi esclusivamente costale, addome tumido con muscoli contratti e dolente alla più lieve percussione. La palpazione sulle regioni laterali era dolentissima, specie sul lato sinistro. Durante la notte non ebbe emissione nè di gas, nè di feci, ma cominciò ad accusare nausea e singhiozzo.

Il malato, adunque, presentava tutti i sintomi di una peritonite da perforazione, tuttavia ho creduto d'intervenire, eseguendo sotto cloronarcosi, la laparatomia mediana sotto e sopra ombellicale. Aperto il peritoneo, fuoresce del liquido sieroso, opalino, commisto a piccola quan-

tità di contenuto intestinale e sull'intestino, qua e là, si notano delle pseudomembrane biancogiallastre. Esploro i visceri e riscontro vescica illesa, mentre trovo un'ansa del tenue che presenta una soluzione di continuo della lunghezza di circa 9 cm., che suturo a duplice strato. Indi esteriorizzo, quasi, tutta la massa intestinale e faccio la « toilette » di questa e della cavità addominale con soluzione fisiologica tiepida, asportando la maggior parte delle pseudomembrane. Infine, ridotto l'intestino, suturo la parete a triplice strato con seta e catgut.

Terminato l'intervento, si fanno due iniezioni d'olio canforato e nel pomeriggio una ipodermoclisi di 300 cmc., mantenendo la vescica di ghiaccio sull'addome. Tuttavia l'a. trascorse la notte in istato di sovraeccitazione tale che arbitrariamente si alzò dal letto e al mattino presentava polso frequente (120 al minuto), temperatura 38,5, addome meteorico, singhiozzo e alvo chiuso, per cui si ripetono le iniezioni d'olio canforato e l'ipodermoclisi con 20 goccie di adrenalina e si applica la sonda rettale a permanenza. Questo stato perdura fino alla 3ª giornata in cui si somministra un clistere evacuante e si ripete la stessa terapia sopradetta. Nel 4° giorno l'a. incomincia a migliorare, il polso si fa più raro (98 al minuto), diminuisce il meteorismo, scompare il singhiozzo, e nella 5ª giornata si somministra il purgante. Il giorno dopo si tolgono i punti, ma, come sopra si disse, poichè il paziente nella prima notte si alzò dal letto, la sutura della cute guarì parzialmente per secundam, per cui l'a. dovette rimanere a letto per circa 4 settimane, dopo le quali fu dimesso dall'ospedale completamente guarito.

* * *

Da questa breve storia clinica emergono due fatti:

1° La difficoltà della diagnosi per la quale si è dovuto aspettare, mettendo in rischio la vita del paziente;

2° L'atto operativo, eseguito in uno stato di proclamata peritonite diffusa da perforazione, ha dato luogo ad un esito felice.

In quanto riguarda la prima questione, è ben nota la difficoltà in cui si trova il chirurgo per valutare la gravità delle lesioni sottocutanee degli organi addominali, prodotte da corpi ottusi, contendenti.

Il pericolo per la vita consiste nella emorragia di organi ghiandolari (milza, fegato, pancreas, reni) e nella fuoriuscita di materiale infettivo nella cavità addominale in seguito a lesioni del tubo digerente. Nell'uno e nell'altro caso, oltre allo shock, si hanno dei sintomi particolari più o meno evidenti da indurre il chirurgo ad intervenire precocemente od attendere, per cui l'intervento rimane molto più difficile da stabilire in questa specie di ferite che nelle ferite aperte dell'addome.

Nella emorragia interna si hanno dei sintomi caratteristici dell'anemia progressiva, a cui sussegue l'irritazione peritoneale, prodotta dal sangue versato e la tensione dei muscoli addominali.

Più difficile invece resta la diagnosi di lesioni viscerali che conducono alla peritonite. Esse si manifestano con vomito ripetuto, continuo di bile o di masse mescolate a sangue, con manifesta tensione dei muscoli addominali, specie dei retti, con paralisi dell'intestino che alcune volte è contratto, in altre è dilatato. Con questa sintomatologia è indicata la laparatomia, ma, come abbiamo fatto osservare, il nostro ammalato, alla sua entrata all'ospedale, presentava solo dei sintomi di leggero shock che scomparvero in breve lasso di tempo, tanto che il mattino seguente non si rilevava che una leggera dolorabilità diffusa a tutto l'addome. I maggiori sintomi erano invece a carico dell'apparato urinario e più precisamente della vescica e dell'uretra, per quanto mancasse ogni sintomo di rottura extra od intraperitoneale di tali visceri. Infatti, l'a. accusò, oltre al maggior dolore in corrispondenza della regione pubica, un forte stimolo all'urinazione senza perdere una goccia d'urina, ma solo qualche goccia di sangue: è probabile si sia trattato di una lesione limitata per contracolpo della mucosa del collo vescicale.

Ma i segni della lesione più grave, quella cioè della rottura dell'intestino, non si sono potuti rilevare, neppure dopo 6-12 ore dall'accidente, come in generale avviene in simili casi. Ed infatti i vivi dolori addominali, la tensione dell'addome, la nausea, il singhiozzo ed il vomito (se si eccettui il poco cibo rimesso subito dopo il trauma), caratteristici della lesione, erano mancanti, e solo nella mattinata della terza giornata si manifestarono la tumefazione dell'addome ed i sintomi della peritonite.

L'attesa adunque nel nostro caso era plausibile, pur tuttavia noi siamo con la maggior parte degli autori per l'intervento precoce nelle lesioni addominali sottocutanee, specie da calcio di cavallo; con esso non solo si evita di mettere in pericolo la vita del paziente, ma si può salvare la maggior parte dei malati, come è stato dimostrato in questi ultimi tempi dalla statistica della guerra attuale.

Inoltre, come riteniamo che l'operazione precoce, purchè avvenga in un ambiente adatto, è indicata in tutti i casi di gravi contusioni addominali anche se accade di eseguirla inutilmente, perchè non si trovano lesioni di organi, così riteniamo pure che in quei casi nei quali l'attesa, che è stata obbligatoria, o perchè l'a. ci è giunto tardi o per l'assenza dei sintomi più o meno caratteristici d'una lesione viscerale, abbia dato luogo ad una peritonite diffusa, come nel nostro caso, non bisogna abbandonare a sè il paziente, ma ad ogni modo intervenire quando le condizioni generali del malato lo permettono. La « toilette » del cavo addominale e del suo con-

tenuto, eseguita abbondantemente con due o tre litri di soluzione fisiologica tiepida, credo sia indicata, nonostante le discussioni favorevoli e contrarie che si sono fatte e si fanno intorno al trattamento migliore del peritoneo nelle lesioni endoaddominali.

Arcispedale Sant'Anna di Ferrara.
Sezione chirurgica del prof. Eugenio Casati.

L'occlusione intestinale nel megacolon. Meccanismo di produzione. Mezzo facile per vincerla (*).

Ebbi altra volta occasione di parlare in questa Accademia del megacolon portando il contributo di alcuni segni nuovi, che rendono abbastanza facile la diagnosi nella maggioranza dei casi. Da allora altri casi si sono presentati alla mia osservazione cosicchè mi sono potuto convincere che la malattia è tutt'altro che rara, trascorrendo spesso senza dare disturbi eccessivi ad eccezione della stitichezza abituale e ribelle. Però non infrequentemente la malattia ad un tratto si presenta con tutti i segni dell'occlusione intestinale, ossia, enorme distensione del ventre, vomito, impossibilità di emettere materie fecali e gas, dolori ventrali, acutissimi. Con questi segni si presentò nel mio ambulatorio un bambino di Portomaggiore di circa 4 anni, or sono 3 anni. Esplorando il retto avvertii l'ampolla completamente vuota ed un tumore fluttuante profondamente situato nello scavo a sinistra e che ritenni formato dal sigma ripieno di feci. In base a questo concetto diagnostico presi il bambino per i piedi e mentre tenevo il bacino notevolmente declive introdussi nel retto una cannula di gomma. Non ne avevo introdotto più di 12 cm. che con grande veemenza essa fu espulsa fuori unitamente ad una enorme quantità di feci liquide e solide che mi allagarono l'ambulatorio.

Il 9 maggio 1917 fu ricoverato in quest'ospedale S... G... di 38 anni, con tutti i segni dell'occlusione intestinale. Ventre uniformemente disteso, mancanza di contrazioni intestinali peristaltiche visibili attraverso le gracili pareti addominali del soggetto. Espulsioni di un enteroclisma di un litro e mezzo d'acqua tumultuosa e con rumore analogo a quello dell'acqua che precipita nel watercloset. Indicano nelle orine, scarso. Questi segni che per primo indicai come diagnostici molto importanti del megacolon mi condussero anche qui alla diagnosi e alla cura: misi il letto in posizione molto declive sollevandolo dalla parte dei piedi ed introdussi una canula nel retto. Immediatamente furono emessi gas in grande abbondanza a cui in breve susseguirono numerose scariche alvine, liquide miste a parti solide.

Un terzo caso riguarda R... A..., di anni 58, entrata in questo ospedale il 17 novembre 1919 in sezione medica con diagnosi di appendicite e peritonismo. Ma il primario prof. Minerbi avendo fatto diagnosi di occlusione intestinale fu passata nella mia sezione. Malata da 8 giorni con stipsi che non cede nè a clisteri, nè a purganti; vomito continuo, non si avvertono contrazioni peristaltiche dell'intestino attraverso le pareti addominali, caratteristico rumore all'espulsione rapida sulla soggetta di un enteroclisma di acqua; scarso indicano nelle orine. Il dito introdotto nel retto profondamente, avverte nel piccolo bacino a sinistra una massa fluttuante. Faccio diagnosi di occlusione intestinale da megacolon. Metto l'ammalata col bacino sollevato ed il corpo molto declive in basso elevando notevolmente il letto dalla parte dei piedi ed introduco una canula nel retto. L'effetto è immediato e la donna si libera di una grande quantità di materie fecali scomparendo subito il vomito ed ogni altro disturbo. Esce guarita dall'ospedale il 27 novembre.

Per comprendere come questa semplicissima manovra possa portare la guarigione o per meglio dire far scomparire nel megacolon l'occlusione intestinale intercorrente è necessario spiegare prima con quale meccanismo, non dico sempre, ma spesso si produca l'occlusione nel megacolon.

Nel megacolon il mesosigma è molto lungo e quindi anche molto mobile. Quando una certa quantità di materie fecali si è raccolta nella parte più bassa dell'ansa del sigma il peso di questo tende ad abbassare sempre più l'ansa stessa rendendo sempre più acuto l'angolo fino a che verrà un momento in cui l'angolo sarà divenuto così acuto da occludere completamente il lume dell'intestino. E difatti il dito profondamente introdotto nel retto avverte una massa più o meno fluttuante. È quindi evidente che sollevando notevolmente il bacino l'angolo tenderà a spiegarsi coadiuvato in questo dal peso delle masse fecali nel loro spostarsi dal basso verso l'alto. Spiegatosi l'angolo, si comprende come l'espulsione delle feci e dei gas debba essere immediata.

Nei tre casi che si sono presentati alla mia osservazione, in tutti il risultato è stato identico, quindi ho creduto mio dovere rendere noti i risultati da me ottenuti in quanto che si tratta di una manovra molto semplice alla portata di tutti ed in ogni luogo, scevra da qualsiasi pericolo e con risultati immediati o quasi, cosicchè anche non riuscendo, non fa perdere al chirurgo un tempo utile per un intervento più radicale che in qualunque modo potrà essere eseguito più tardi ed in condizioni più favorevoli, giacchè è ben manifesto che questa manovra non elimina la possibilità che i fatti di occlusione si ripetano.

(*) Comunicaz. all'Acc. Med. di Ferrara.

ARCISPEDALE SANT'ANNA DI FERRARA.
Sezione chirurgica del prof. EUGENIO CASATI.

Un caso di colecistoenterostomia.

L'operazione è tutt'altro chè frequente ed inoltre nella grande maggioranza dei casi non ha che un valore palliativo. Per queste ragioni quello a me occorso presenta uno speciale interesse.

C... G..., di anni 47 operaio entra in ospedale il 3 ottobre 1919. Due mesi or sono cominciò ad avvertire dolori all'epigastrio e da comparsa di una tinta itterica del pelle, feci acoliche, urine scure, prurito intenso, mai febbre. Malgrado varie cure e la dieta adeguata non ebbe alcun miglioramento per cui decise di entrare all'ospedale. E' alquanto dimagrito. Ebbe l'influenza lo scorso inverno; del resto sempre sano. Nega di avere avuta la sifilide e di essere stato bevitore. Nulla di ereditario in famiglia. Soggetto discretamente costituito: piccoli gangli agli inguini, tinta intensamente gialla della cute e delle sclere, polso fiacco, ritmico lento (48 p.). Nulla di anormale all'esame del cuore. Leggera ipofonesi alla base destra posteriore del polmone con qualche leggero tumore di sfregamento. Il fegato alla mamillare deborba di tre dita trasverse ed occupa tutto l'epigastrio, liscio, molle a margini abbastanza taglienti. La cistifellea non si palpa. Area splenica leggermente ingrandita. Lingua impaniata ma con appetito. Non vi è albume nell'orina. Sono tentate varie cure come tintura di rabarbaro, tintura di boldo, acqua di Carlsbad, enteroclismi di acqua fredda, olio d'oliva per bocca, impacchi caldi, bagni generali caldi senza ottenere il minimo risultato, anzi un continuo peggioramento per cui venne passato nella sezione chirurgica ed il 1° novembre fu da me operato.

Pratico la laparotomia col taglio pararettale destro con cui metto allo scoperto una cistifellea enormemente ingrandita, ma non molto tesa il che spiega come non fosse avvertita alla palpazione.

Detta cistifellea scendeva fino sotto all'ombellico era a pareti molto spesse, ma non si avvertivano calcoli nemmeno nel cistico e nel coledoco. Esplorando la testa del pancreas questa non presentava nessun ingrandimento nè indurimento. Il duodeno pure non si avvertiva sede di alcun tumore. Pensai quindi che la causa dell'itterizia consistesse in una stenosi cicatriziale dello sbocco del coledoco nel duodeno e che quindi la colecistectomia non avrebbe in alcun modo giovato all'infermo mentre era necessario aprire una nuova via alla bile nell'intestino. Afferrai la prima ansa del tenue che portai in contatto colla cistifellea passando sul colon ascendente. Ma pensando alla grossezza della cistifellea che avrebbe gravato sul colon, temetti potesse questa col suo peso occludere il lume dell'intestino. Ad evitare questo inconveniente feci come nella gastroenterostomia retrocolica un piccolo occhiello, per via smussa, nel mesocolon attraverso cui portai l'ansa del tenue in contatto colla cistifellea praticando colla solita tecnica la colecistoenterostomia. Sutura delle pareti addominali a strati. Temperatura massima 37,5 in 5ª giornata. Le feci si fecero subito colorate e la tinta itterica andò continuamente diminuendo. Guarigione della ferita per prima intenzione. Esce dall'ospedale in ottime condizioni il 22 novembre.

Le orine erano divenute chiare, il colorito itterico della pelle era scomparso, le scariche alvini normali, l'appetito ottimo. Rivisto due mesi dopo: si trova sempre in perfetta condizione di salute.

Il caso è importante sia per la rarità dell'indicazione sia per il metodo operatorio adoperato giacchè nei trattati a mia disposizione non ho trovato che altri abbia seguita la via retrocolica, sia infine perchè i casi di colicistoenterostomia sono sempre rari.

RIVISTE SINTETICHE.

Ispezione delle carni conservate e preparate

per il dott. SEVERO GABULSERA.

Abbiamo in Italia parecchi testi che trattano appositamente l'estesissima materia dell'ispezione delle carni fresche. Citiamo, fra altri, il Brusaferro, il Bertolini, il Savarese, il Mazzini, ecc. che sono nelle mani di tutti. I testi invece che appositamente e diffusamente trattino l'ispezione delle carni conservate e preparate non ne abbiamo; mentre esistono sparse un po' da per tutto, nei testi stessi, riviste, giornali, libri vari, *memorie* in proposito. Tali *memorie* però, per quanto eccellenti, restano inutili. se mi è permesso il paragone, come le acque piovane quando non vengono raccolte e portate ad un bacino al quale tutti possano facilmente attingere. In questo scritto non ho fatto appunto altro che raccogliere, salvo qualche po' d'osservazioni personali, delle ottime acque perchè non vadano perdute. Ecco il perchè dello scritto stesso, che avevo steso per mia utilità personale, ma che pubblicato, senza la minima pretesa, a scopo puramente pratico, credo potrà riuscire utile a tutti coloro che per professione debbono occuparsi di esaminare le carni comunque preparate e conservate di bovini, ovini, suini (salvo complicazioni equine), di animali da cortile e selvaggina, di pesci, molluschi, crostacei.

Le leggi e i regolamenti che disciplinano la vendita, la fabbricazione, ecc. di tali carni sono i seguenti:

1° *Testo unico delle leggi sanitarie, 1 agosto* 1907, articoli 114, 115;

2° *Regolamento speciale per la vigilanza igienica sugli alimenti, 3 agosto* 1890, articoli dal 42 al 50 - dal 52 al 63 - articoli 71, 72, 73, 114, 115, 116, 129, 130;

3° *Regolamento generale sanitario, 3 febbraio* 1901, articoli 107, 108, 115, 187;

4° *Codice penale*. Dei delitti contro la sanità e l'alimentazione pubblica. Articoli dal 318 al 324;

5° *Regolamenti locali d'igiene*, articoli 199, 200 testo unico leggi sanitarie.

S'intende che mentre le disposizioni legislative sono abbastanza semplici, l'applicazione di esse nella pratica è, al solito, molto complessa: un professionista, invero, può aver in testa tutti gli articoli esposti e poi trovarsi imbrogliatissimo nel decidere se una sostanza è o non è adatta alla pubblica alimentazione perchè guasta, infetta, adulterata, ecc. ciò che esige assieme allo studio, lunga pratica.

1. CARNI DEI COMUNI ANIMALI DOMESTICI.

a) *Carni conservate coll'essiccamento.*

È il metodo più antico di conservazione delle carni ed anche dei vegetali. La scienza moderna però l'ha soppiantato con altri ben più spicci, ben più sicuri e ben più igienici. Carni conservate con questo metodo, fuori d'Italia, sono il *tasaio*, la *kelea*, il *pemmicam*. Il *tasaio* nell'America meridionale, si prepara tagliando la carne in fette lunghe e sottili, cospargendola di farina di mais ed esponendola all'azione del sole. Press'a poco si prepara la *kelea* degli africani. Un'altro metodo più complesso, ma più sicuro, per la maggior durata del tasaio consiste nel salare la carne tagliata in fette, e nel privarla poi dell'acqua mediante appositi torchi; ciò fatto si completa l'operazione come nel primo caso esponendo all'azione del sole le fette di carne staccate le une dalle altre. Le carni così preparate, prima di esser cotte, debbono esser lasciate in macerazione per molte ore. Il *pemmicam*, usato in molte regioni dell'America del nord e dell'Asia è una carne essiccata, ridotta in polvere e incorporata con grasso e droghe. Nella Spagna, nelle regioni balcaniche, in Australia, si preparano enormi quantità di carne essiccata di capra e pecora. In Italia, nei paesi di montagna, molti contadini e pastori si preparano, per loro uso e consumo, piccole quantità di carni coll'essiccamento, e la salagione seguendo naturalmente metodi più che primitivi. Sempre in Italia, molti si sono interessati di conservare le carni con metodi che sono però alquanto più complessi del semplice essiccamento, quantunque l'essiccamento ne sia la base. Tra tali metodi ricordiamo quello del Pollacci che riduceva la carne in polvere o focacce dopo averla lasciata per pochi minuti in un ambiente di gas solforoso e anidride carbonica e successivamente in una stufa a 35°; quello del Ferlini, consistente nel mettere la carne in stufe a circa 60°, nell'immergerla poi in un infuso di piante aromatiche contenente tannino e poi ancora in stufe; quello del Grimelli consistente nell'avvolger la carne in farina di riso torrefatta e sale comune, nel fasciarla poi di tela e nell'esporla all'aria; quello del Ruspini che consiste nell'essiccarla dopo averla lasciata immersa in una soluzione di tannino; ed altri ancora.

Le carni *secche* non ben preparate son soggette facilmente ad alterarsi; se l'essiccamento invero non è stato completo facile è la putrefazione; se l'essiccamento è stato troppo forte la carne è inservibile perchè troppo legnosa. S'intende che tra i due mali è da scegliere questo secondo, essendo meno peggio introdurre nel tubo digerente carne ingrata al gusto e ai denti piuttostochè carne pericolosa per la salute.

Naturalmente son soggette ad andar male anche le carni ben preparate e di buona origine, quando dopo l'essiccamento esse vengono mantenute in ambienti impropri sopratutto perchè umidi; tali ambienti, infatti, indipendentemente dai germi di cui son sovraccarichi, rendono nulle, per solo fatto fisico, tutte le operazioni praticate per l'essicazione. Allora vediamo le carni coprirsi di muffe, rendersi grigio verdastre, spappolabili, untuose, di odore nauseante. In linea generale, per i sequestri bisogna seguire due grandi criteri; carni che son intaccate fin nell'interno della massa loro, nel midollo per così esprimersi, e carni che sono invece state intaccate semplicemente nella corteccia, vale a dire in quella crosta superficiale che si forma sotto l'azione del calore naturale od artificiale, degli astringenti, ecc. Nel primo caso la carne va sequestrata, nel secondo ci si può limitare a una pulizia esterna, e tanto più, come spesso succede, quando non si tratta neppur di muffe, ma di polvere comune, acari, larve di mosche; poichè l'art. 47 del regolamento 3 agosto 1890, contrariamente a quanto molti praticano (e ciò vale anche per le carni fresche) non dice che vanno sequestrate le carni in cui si notano traccie di influenze atmosferiche, larve di insetti, ecc., ma carni che per tali cause « sono divenute insalubri e possono riuscir dannose alla salute ». Siamo d'accordo che nell'ispezione delle carni conservate e preparate è sempre da tener presente più che mai il vecchio principio: *melius abundare* (nel sequestro) *quam deficere;* invero tali carni, la cui preparazione dovrebbe esser sempre sorvegliata, ma non lo è sempre invece, oltre al presentar i pericoli delle cattive preparazioni e conservazioni, offrono quello di provenire da animali non sani o per lo meno magri e denutriti.

Per solito le carni semplicemente essiccate non offrono un'ispezione difficile: un'ispezione più complessa presentano invece le carni essiccate e ridotte in polvere, per il fatto che queste, oltre all'esser andate a male, possono anche esser mescolate di proposito o meno con altre sostanze magari non velenose, ma di nessun valore nutritivo, il cui esame però esula dal presente studio e deve esser rilevato volta per volta da ana-

lisi chimiche e microscopiche. Le polveri di carni non più fresche formano degli impasti di colorito più oscuro del resto della polvere mantenutasi sana e acquistano odori e sapori nauseanti.

b) *Carni conservate colla salatura.*

Il prof. Scala distingue tre metodi di salatura: *salatura secca, salatura umida, salatura per iniezione.* Nella prima il sale vien posto sopra la carne; nella seconda la carne viene immersa in salamoia sola o contenente nitro ed aromi; nella terza la soluzione salina si fa rapidamente penetrare nella carne, metodo molto discutibile perchè non tutta la carne ne sente uniformemente l'azione. Il sale conserva le carni e per le sue proprietà antisettiche e per l'acqua che ad esse sottrae. Le carni migliori sono quelle di maiale; le ovine cedono troppa acqua e diventano inservibili o quasi. Comunque, il sale deve esser usato nella quantità voluta bensì colla più grande parsimonia, in stato di purezza, in pezzi relativamente grossi, e le carni (osservazione che vale per tutte le carni conservate) appartenere ad animali perfettamente sani e lasciati riposare prima della macellazione.

Carni conservate con questo metodo:

Salami, salati, salsicce, ecc. — Sono per lo più composti di carni di maiale tagliuzzate in pezzi, mescolate a sale e droghe, e poste entro tratti di intestini (budelle) appositamente confezionati. Tali preparazioni si conservano meglio quanto più le carni dei soggetti che hanno contribuito a formarle erano in ottime condizioni di salute, quanto più le budelle sono di buona lavorazione, quanto meglio sono insaccate in maniera che tra carne e carne e carne e budello non restino vuoti, ecc. In Italia e fuori d'Italia si preparano infinite qualità di salami che diversificano di forma e di sapore a seconda del modo di preparazione: basta ricordare i salami di Verona, di Bologna, di Milano; il *zampone di Modena* (posto nella zampa di maiale e cotto a vapore), il *cotechino di Cremona* (posto nella pelle del ventre) la *mortadella di Bologna* (una specie d'arca di Noè insaccata in vesciche di bue) le *bondole* (la carne previamente confezionata viene introdotta intera nelle budelle) i *salami* al *sugo di Ferrara,* le piccole *mortadelle* degli *Abruzzi* e della Sardegna, le *salsicce di Arles,* i *salami d'Ungheria,* ecc. Oltre alle carni, vengono insaccati anche il sangue (*sanguinacci*) il fegato (*salami di fegato*) soli o misti a droghe, uva, pignoli, liquori, ecc. Colla salatura, in cento modi, vengono conservate le lingue.

L'esame delle carni insaccate vien praticato col sussidio della vista, dell'odorato, del tatto. Bisogna naturalmente conoscere la consistenza normale delle varie preparazioni di salame, non essendo tutte d'una consistenza medesima e potendo così credere d'aver a fare con salati in via d'alterazione mentre si tratta di salati normali. Comunque sia però, un salame deve essere resistente alla pressione ugualmente in tutte le sue parti, e non offrire in un punto una resistenza un'altra in un altro, segno allora che si stan verificando fatti di decomposizione i quali impongono lo scarto della parte ammalata non solo, ma anche della sana, cioè di tutto. I punti sospetti si possono meglio verificare o col sistema più radicale che è quello di tagliar a mezzo il salame in corrispondenza del punto più sospetto, o, non volendo giunger a tanto, coll'introdurre nell'interno del salame stesso uno stecco di legno o di osso o una trivella appositamente preparata ed osservando poi la parte esportata. Quando il salame è guasto la carne perde il suo colorito rosso-roseo normale e va acquistando coloriti grigio verdastri, macchie rosse, aspetto poltiglioso. Queste alterazioni, di solito, a seconda che si tratta di insaccati andati a male perchè mal confezionati o invece per influenze esterne, procedono dall'interno all'esterno oppure dall'esterno all'interno. I grossi salami possono esser percossi colle dita o servendosi del martelletto e del plessimetro. Non bisogna troppo lasciarsi impressionare dall'aspetto esterno degli insaccati perchè sono bene spesso coperti da muffe, acari, ecc. che non intaccano affatto la preparazione interna. E viceversa non bisogna sempre fidarsi dell'aspetto esterno poichè alcuni insaccati di grosse dimensioni possono nulla presentare di anormale all'esterno mentre nell'interno della massa son già manifesti fenomeni di putrefazione. Sono sempre sospetti gli insaccati i cui involucri son ridotti, dall'umidità, alla consistenza d'una carta velina facilmente staccantesi dalla parte sottostante; è evidente che se anche la preparazione interna non è andata male, lo andrà ben presto priva com'è della sua protettura. Ricordiamo qui, ma senza entrare in un argomento che ci porterebbe troppo lontano, che carni di qualunque natura, pur in ottimo stato apparente di conservazione, sono state cause di avvelenamenti gravissimi e talora mortali sostenuti specialmente da bacilli paratifici, da bacilli dell'enterite di Gärtner, dai protei, dal bacillo botulino, ecc.

Prosciutti. — Son le *coscie* dei maiali preparate con sale ed altri ingredienti. Notissimi sono i prosciutti di Modena, di Bologna, di Parigi, di Bayona, di Strasburgo, di Mayence, di Iork, ecc.

Come abbiamo già visto per altre carni, i prosciutti possono essere guasti solamente alla parte esterna o intaccati nella massa. I buoni prosciutti sono resistenti alla pressione in tutte le loro parti; tagliati, presentano grasso bianco, o irrancidito superficialmente appena se il taglio data

da qualche tempo, carni uniformemente colorate, buon odore. I prosciutti alterati, al solito, perdono della loro consistenza e specialmente attorno alla parte ossea dove si iniziano più comunemente le alterazioni: al taglio presentano macchie di vario colore, grasso alterato, odore nauseante.

Lardo. — È dato dalla pelle (cotica) e dal pannicolo adiposo del maiale che ha subito l'azione del sale per parecchi mesi. Analoghe preparazioni sono la *ventresca* (pelle, pannicolo adiposo e muscoli della regione addominale) la *pancetta*, la *goletta*, la *sugna* è il grasso dei rognoni. Lo *strutto* è il grasso fuso dei rognoni, dell'omento, di parti del pannicolo, ecc. *Sego* o *sevo* è il grasso in genere dei ruminanti.

I lardi sono facilmente soggetti all'*irrancidimento*. Sotto l'azione dell'aria acquistano un colorito giallo-bruno più o meno carico che dall'esterno va sprofondando nell'interno della massa alterandola oltrechè di colore anche di un odore *sui generis* e di un sapore acido-piccante da prima, nauseante in seguito. Un leggero irrancidimento è preferito da molti... i quali affermano che il lardo così ridotto è più saporito e condisce di più. A parte questa opinione, dei lardi appena irranciditi, si può permettere il consumo, non di quelli in cui l'irrancidimento è avanzato.

I lardi non ben salati o tenuti in locali umidi, per cui il sale sotto l'azione dell'umidità si scioglie e, diremo così, scivola sulla massa senza penetrarla, perdono della loro consistenza assumendo quella della sugna, d'una pomata e un colorito sporco, plumbeo. A tale malattia del lardo il Brusaferro dà il nome di *rammollimento*. Forse sarebbe più appropriato quello di putrefazione, non essendo il rammollimento che il sintomo di un tessuto in via di alterazione. A volte i lardi subiscono rammollimento per cause non bene spiegabili: qualche tempo fa a Sassari un tale acquista al mercato dei lardi freschi per salarli; dopo qualche giorno i lardi perfettamente confezionati e tenuti in ambiente adatto subiscono il cosidetto rammollimento; il compratore intenta un processo al venditore affermando che i lardi provengono da animali ammalati; processo che perde poichè i maiali erano stati macellati in perfette condizioni di salute e il lardo venduto freschissimo. Ninni e Russi che si sono occupati dell'argomento vengono alle seguenti conclusioni: 1° Il rammollimento dei lardi è contraddistinto macroscopicamente da scarsissima presenza di fibrille connettivali, organoletticamente da notevole diminuzione di consistenza, chimicamente da scarsezza di residuo non grasso, di acqua, di cloruro di sodio; 2° Non ha nulla a che fare coll'irrancidimento; 3° La causa del rammollimento è da ricercarsi nella presenza di microbi appartenenti alla classe degli ifomiceti e dei batteri in concomitanza i quali, data la insufficiente salatura e speciali condizioni di ambiente, possono svolgere attività enzimatiche che si esplicano sul connettivo; 4° Dal punto di vista del valore nutritivo i lardi rammolliti hanno press'a poco l'istesso valore dei lardi vecchi ben conservati, e dal punto di vista igienico si può permettere il consumo purchè non sieno rancidi, tanto più che i lardi si adoperano per solito cotti e quindi sterilizzati.

c) *Carni conservate coll'affumicamento.*

È un metodo di conservazione antichissimo. L'affumicamento conserva le carni per l'acqua che, col calore, loro sottrae, per gli antisettici di cui le impregna (calore e antisettici provenienti dalla combustione) per la coagulazione degli albuminoidi allo strato esterno che viene a formare come una corazza che impedisce la penetrazione dei germi. L'affumicamento (salvo negli ultimi momenti dell'operazione) deve essere lentissimo, altrimenti le carni non rimangono preparate che all'esterno. Per le operazioni d'affumicamento esistono in parecchi siti dell'estero stabilimenti speciali. Nelle nostre regioni montane i pastori preparano carni affumicate (e bene spesso di animali morti di malattia) servendosi semplicemente del fumo del camino, dopo averle avvolte in carta per ripararle dalla fuligine. Bisogna adoperare legna non rovinata dall'acqua e dalle muffe, legne non resinose che danno alle carni sapori disgustosi: migliore è la legna di quercia. Tra le tante carni affumicate notiamo le *lingue affumicate di Zurigo* (salate, affumicate e cotte al momento di mangiarle) i *maialetti affumicati di Gratz* (da soli o coll'interno ripieno di altre carni e droghe) i *prosciutti di Westfalia* (affumicati dopo esser stati salati e immersi in una miscela di sale, nitro, zucchero, birra) i *prosciutti stiriani* ed *americani*, la *ventresca o salsiccia affumicata di Strasburgo*, ecc.

Per l'ispezione delle carni affumicate servono i criteri esposti per l'ispezione delle carni essiccate e salate. Aggiungiamo qui che le carni conservate con questi tre sistemi (essiccamento, salagione, affumicamento) non vengono affatto sterilizzate, e che quindi pel consumatore non c'è, sotto questo punto di vista, nessuna garanzia. Serafini e Hugari, dopo aver sottoposto all'azione del fumo fili imbevuti di culture pure, ritenevano che l'affumicamento avesse azione distruttrice sui germi patogeni e specialmente su quelli del carbonchio e sugli staffilococchi, ma fatte esperienze direttamente con carne infettata vennero alla conclusione che l'affumicamento e la salagione possono arrestare bensì la vitalità dei germi patogeni, ma non ucciderli. Reimers fece studi per vedere quale influenza il sale da

cucina avesse sul bacillo paratifo B e sul bacillo enteritidis Gärtner, e venne a conclusioni che pure non garantiscono certo i consumatori.

d) *Cottura e conservazione in scatole.*

È un metodo che ha avuto enorme diffusione in questi ultimi anni per le dolorose necessità della guerra, ma che era largamente adoperato anche prima e prima ancora che le scoperte dei microbi fossero venute a dargli una spiegazione scientifica, fossero venute cioè a spiegare che le carni con un tal metodo si conservano perchè vengono uccisi i germi di cui son rivestite sopratutto durante le operazioni della confezionatura e perchè vengono tenute lontane nuove invasioni microbiche. I vari sistemi primitivi furono, come è arcinoto, migliorati da Appert che dopo tre quarti di cottura metteva le carni in scatola, riempiva le scatole di brodo o salamoia e sterilizzava a bagno maria. Il metodo successivamente venne perfezionato da Fastier che immergeva le scatole, previamente forate, in un bagno maria composto di acqua salata e zucchero a 110; il foro veniva poi chiuso con stagno fuso. In seguito, la temperatura, anzichè col bagno di acqua e sale, che offriva tra l'altro l'inconveniente di sporcare le scatole, e, concentrandosi, di render irregolari o nulle le operazioni, venne elevata colla pressione. Col sistema Lignac il foro sul coperchio delle scatole, anzichè prima, vien praticato dopo la sterilizzazione, e la saldatura praticata dopo l'uscita del vapor acqueo. Il Lancia modificò ancora il metodo; appena dopo subita la sterilizzazione le scatole ben preparate si presentano coi due fondi convessi e resistenti allo schiacciamento; quelle non ben preparate coi fondi piatti e facilmente cedenti alla pressione della mano. Per maggior sicurezza fa subire alle scatole tutte il cosidetto bagno di prova, il quale consiste nel metter le scatole stesse nell'acqua a temperatura superiore agli 80° e lasciarle per una mezz'ora all'incirca: sotto l'azione del calore l'aria dell'interno si dilata e sfugge per le eventuali rotture, anche impercettibili alla prima vista, producendo bollicine. In questo caso le scatole tornano a subire una nuova preparazione, una nuova sterilizzazione e un nuovo bagno di prova.

Nelle scatole ben conservate, non avvenendo processi di putrefazione e conseguente sviluppo di gas, i fondi si mantengono depressi; in caso di cattiva conservazione, cosa saputa e risaputa, i fondi si rialzano poichè i gas cercano una via di uscita; nei casi più gravi, appena si apre il coperto della scatola, l'aria precipita fuori assieme a parte del contenuto. Non sempre però le scatole alterate presentano i fondi convessi e non sempre le scatole ben conservate presentano i fondi concavi: infatti se i gas sviluppatisi dalla putrefazione trovano una via d'uscita le scatole non gonfiano, e viceversa se le scatole sono di materiale molto forte i fondi possono esser piatti e talvolta magari convessi senza che per questo si debba venir alla conclusione che le scatole stesse son da rigettarsi. Nelle scatole ben conservate la carne è d'un colorito roseo più o meno scuro, di odore profumato; il grasso bianco, consistente; la gelatina solida, trasparente, color ambra; il brodo limpido, colorito leggermente in bruno. Nelle scatole andate a male le carni sono d'un rosso sospetto, oppure slavate, coperte di muffe, d'odore nauseante; il grasso sporco ed il brodo torbido. Notiamo che la gelatina, la quale fonde a temperature basse, durante i forti calori può sciogliersi senza che per questo le carni sieno da ritenersi guaste: infatti pur essendo fusa la gelatina tutto il resto del contenuto si presenta in buone condizioni, mentre quando la carne è andata a male, assieme alla gelatina fusa riscontriamo tutte le altre alterazioni. Le scatole di carne in conserva possono alterarsi o per insufficiente sterilizzazione o anche dopo una perfetta sterilizzazione quando i germi dell'ambiente riescono a trovar una via d'entrata, cosa che facilmente succede quando la latta è guasta, o quando, ad es. si mettono le scatole nelle casse di legno e i chiodi con cui si fermano i coperti delle casse deviano o penetrano nelle scatole. I coperti di queste, alla parte interna, presentano talvolta delle chiazze nerastre dovute a reazioni chimiche sviluppatesi durante la sterilizzazione, tra la carne e il materiale di saldatura; tale inconveniente non ha però influenza sulla carne.

e) *Carni conservate col freddo.*

Bisogna subito distinguere *carni refrigerate* e *carni congelate*. Carni refrigerate son carni poste e mantenute in ambienti a zero o qualche grado sopra lo zero; carni congelate son carni lasciate da prima in ambienti a — 10°, — 20° perchè subiscano la completa congelazione e poi mantenute a — 4°, — 5°. Si pratica la semplice refrigerazione per carni da smerciare sul posto: le carni resistono per breve tempo e subito si alterano non appena tolte dal refrigerante. Le carni refrigerate non solo sono nutritive come le carni fresche, ma molto più tenere e saporite. « Tra una costata di manzo ammazzato nell'istesso giorno, dice il Martel, e una costata di manzo refrigerato c'è la differenza che passa tra una pera appena staccata e una pera giunta a maturazione dopo la raccolta. La carne refrigerata, avendo perduta parte della propria umidità, racchiude a parità di peso maggior quantità di sostanze nutritive ». La frollatura nelle carni non refrigerate non può mai completarsi, perchè prima che sia completa, specialmente du-

rante la stagione calda, interviene la putrefazione; prima cioè che i processi fisici, chimici della frollatura, che si svolgono all'infuori dell'intervento microbico, sieno compiuti, intervengono i processi che mandano alla malora la carne. Non parliamo poi della superiorità delle carni refrigerate su quelle conservate nelle ghiacciaie, carni, quest'ultime, che, assorbendo l'umidità dal ghiaccio e dall'ambiente, non solo vanno a male presto, ma s'inquinano di tutti i germi contenuti nel ghiaccio e nell'ambiente stesso.

Colla *congelazione* invece le carni perdono bensì della loro struttura fisica e chimica, ma ciò non defrauda per niente il compratore, come si esprime lo stesso Martel, e per di più le carni durano un tempo indeterminato: è noto che nelle regioni polari ancora oggigiorno si mangiano carni di animali morti da millenni. L'essenziale è che le carni congelate non vengano (come quasi sempre invece avviene) consumate così come si trovano, ma dopo aver subita la *scongelazione* che dà loro l'aspetto di carni refrigerate. Il processo di scongelazione consiste essenzialmente nel tener le carni per un po' di giorni in ambienti a qualche grado sopra lo zero, in ambienti dove l'*aria secca* deve esser sempre rinnovata, altrimenti l'umidità conferisce loro, odore, sapore, aspetto ripugnante, il che è peggio che se non fossero state scongelate. Quantunque le carni congelate, come tutte le cose di questo mondo, abbiano i loro oppositori, ad es. nei macellai che si vedono lesi nei loro interessi sia per la concorrenza della carne congelata di per sè stessa, sia per un certo calmiere naturale che questa viene ad esercitare sulla fresca, bisogna considerarle altamente benemerite e specialmente in questi ultimi anni in cui han contribuito a risolvere crisi alimentari gravissime.

Le carni congelate differiscono dalle carni fresche per un colorito più oscuro (tanto più accentuato quanto maggiore è la distanza dal momento in cui son state sottoposte alla congelazione) che in alcuni casi (carni magre, carni di montone) si fa addirittura violaceo. Per effetto dell'evaporazione, delle modificazioni subite dall'emoglobina, dell'azione dell'aria, assumono talvolta invece colorazioni slavate, grigiastre, plumbee; il tessuto connettivo presenta aspetto cartapecoraceo e, staccandosi dalle parti sottostanti, forma bolle d'aria più o meno estese. Il grasso da principio non differisce da quello delle carni fresche, ma poi va facendosi granuloso, diminuisce di consistenza e può assumere aspetto lardaceo e odor di sevo. Per giudicare l'età delle carni congelate vien consigliata, tra altro, la sezione dei corpi vertebrali che invecchiando perdono il colorito rosso e si fanno grigiastri.

Come tutte le carni anche quelle congelate vanno soggette ad alterazioni, oltre a quelle diremo così naturali dell'invecchiamento. Fra queste alterazioni notiamo i *rammollimenti* per azione delle soluzioni saline circolanti nelle camere di raffreddamento e cadute sopra la carne, l'*invasione di colonie microbiche* che danno alle carni coloriti rossi, gialli, grigi, verdi, neri. Tali alterazioni però non portano al sequestro di tutta la carne, ma solo al sequestro delle parti che l'occhio mostra alterate e delle parti ad esse immediatamente aderenti. Le carni congelate acquistano talvolta odorazioni speciali (di tanfo, di sego, di selvatico, ecc. che si rendono maggiormente evidenti nella decongelazione e colla cottura) sopratutto quando son tenute in magazzini troppo umidi o troppo chiusi. Non è facile pronunziarsi sul grado o meno di commestibilità di tali carni: l'odore può essere, se è permessa l'espressione, superficiale; può aver cioè impregnato solamente la superficie esterna della massa muscolare e scomparire quando la carne vien tolta dall'ambiente malsano e posta in altro più adatto, e può invece esser penetrato fin nell'interno, nel qual caso, ancorchè la carne non sia nociva, deve esser sequestrata. « Pur troppo dice l'Autore da cui ho riassunto queste ultime notizie, noi non sappiamo il vero significato ed il valore nei rapporti delle qualità delle carni di tutte queste alterazioni, e non escludiamo l'ipotesi che troppo spesso, per la nostra ignoranza sul significato di queste alterazioni, si distruggano carni che potrebbero essere molto opportunamente utilizzate ».

È noto che il freddo non distrugge i germi patogeni, ma li mantiene tutt'al più in stato di vita latente. È assodato invece che la congelazione uccide le trichine e garantisce quindi il consumatore dalla più grave delle invasioni parassitarie.

f) *Carni conservate con antisettici.*

Oltre che coi metodi sopra descritti, le carni vengono conservate anche con antisettici quali l'acido borico, l'acido salicilico, l'acido solforoso, ecc., ma tali sostanze richiedono un dosaggio accuratissimo e anche in questo caso riescono sempre nocive a lungo andare. La ricerca degli antisettici nelle carni richiede tutta una serie di pratiche cui, qui, non è nemmeno il caso di accennare, come non è nemmeno il caso di accennare alla ricerca dei metalli tossici quali rame, piombo, stagno che si possono trovare nelle carni conservate in scatole, ricerca di competenza del chimico. Un'estesa trattazione in proposito si trova tra l'altro nel « Manuale dell'Igienista » del Celli (Chimica applicata all'Igiene).

g) *Estratti e conserve di carne.*

In tutti i metodi accennati la carne, salvo la divisione in pezzi più o meno voluminosi, viene

conservata, diciamo tanto per intenderci, tale e quale si presenta negli animali viventi. Per maggior facilità di trasporto, maggior rapidità, prontezza d'uso, ecc. dalle carni vengono ricavti estratti, conserve, biscotti, polveri, brodi, ecc. Tra tutti questi preparati, il cui uso va ogni giorno aumentando. celeberrimo è quello di Liebig — posto in vendita in vasetti di terra bianca verniciata — che si ottiene: 1° Macerando a 70°, 80° la carne di bovini adulti, dopo averla liberata da tendini, legamenti, grasso ecc.; 2° Torchiando la massa così ottenuta e filtrandola; 3° Lasciando evaporare il filtrato fino ad ottenerne la compattezza a tutti nota.

Anche gli estratti e conserve di carne, o perchè mal confezionati, o perchè di data troppo vecchia, o perchè tenuti in luoghi non adatti, van soggetti a guasti che i sensi facilmente rivelano.

2. CARNI DI ANIMALI DA CORTILE E SELVAGGINA.

Oltre le carni dei grossi mammiferi domestici si conservano anche, po' su per giù coi metodi esposti, le carni degli animali da cortile e della selvaggina. In linea generale però la conservazione di tali carni è meno usata, sia perchè le carni stesse vengono facilmente smerciate fresche, data la minor quantità disponibile, sia perchè si guastano molto più facilmente. Bisogna notare invero che le carni della selvaggina appartengono ad animali morti dopo una lunga agonia, oppure morti subito, ma dopo aver subìto grandi strapazzi per tentar di sfuggire all'uomo; che si presentano ferite e rovinate in più parti e che ciascuna ferita rappresenta un punto d'entrata di germi; che dal loro contatto non vengono subito tolte le interiora, ecc. Le stesse ragioni press'a poco valgono per gli animali da cortile, i quali pure o non son stati ben dissanguati, o non son stati privi subito delle interiora o ne son stati privi in malo modo, cosicchè parte del contenuto è andato sparso in cavità ed assorbito con conseguente effetto disastroso sulla buona conservazione della carne. Pure colle carni degli animali da cortile e della selvaggina si fanno preparazioni speciali: basterà ricordare le *scatole di carne di dindo*, le *lingue di canguro*, i *salami d'oca*, i *pasticci di fegato d'oca*, le *galantine*, ecc.

Per l'ispezione delle carni conservate di animali da cortile e selvaggina valgono le osservazioni fatte a proposito delle carni di mammiferi.

3. CARNI DI PESCI.

La conservazione della carne di pesce è un'operazione che s'impone non fosse altro per utilizzare l'enorme quantità che ne fornisce la pesca di alcune specie segnatamente. I metodi di conservazione sono vari. Tra i più importanti notiamo l'essiccamento, la salatura, l'affumicamento, l'immersione nell'olio.

a) *Pesci conservati coll'essiccamento.*

Merluzzo. — I merluzzi appena pescati vengono privati della testa, delle interiora, e salati: si ottiene poi il *baccalà* (merluzzo salato e disseccato) lo *stoccafisso* (merluzzo avvoltolato uso bastone) e il *labardone* (merluzzo disposto a strati, con sale, entro appositi barili). Più comunemente usato da noi è il baccalà.

I baccalà in buono stato di conservazione debbono presentare carne asciutta, consistente, di colorito bianco o leggermente paglierino. I baccalà van soggetti a molte alterazioni in gran parte causate dall'umidità: questa infatti viene a render frustre tutte le pratiche fatte appunto, in massima, per toglier alle carni l'umidità. Tra le alterazioni dei baccalà il Sodero, che s'è occupato largamente della questione, distingue: il *tarlo*, l'*impolveramento*, l'*alterazione rossa o gialla*, l'*alterazione mucosa*, la *putrefazione rapida*, la *putrefazione lenta*, il *sollevamento della pelle*. I baccalà appena tocchi dal *tarlo* possono esser ammessi al consumo; se la tarlatura è molto avanzata no, poichè in questo caso son ridotti ad una sostanza polverulenta che, nella più benigna ipotesi, non ha valore nutritivo alcuno. I baccalà cosidetti impolverati presentano alla superficie una specie di polvere che segna tutta una gamma di colori (dal bianco al grigio, al bruno, al nero) opera di germi svariatissimi che a volte si limitano alla superficie a volte invadono le parti profonde che pure cambiano di colorito e successivamente di consistenza; nel primo caso i baccalà possono essere consumati, nel secondo vanno senz'altro sequestrati. L'*alterazione rossa* e *gialla* è dovuta pure all'azione di microrganismi che agiscono in superficie o profondamente; valgono, per l'ispezione e conseguenti provvedimenti, le osservazioni fatte a proposito dell'impolveramento. Una speciale alterazione rossa, o meglio un cambiamento di colore da bianco a rosso, si nota qualche volta nei baccalà, in apparenza perfettamente normali, dopo essere stati in acqua a rammollire. Il Sodero dice di non sapersi pronunziare sulla commestibilità o meno delle carni. L'*alterazione mucosa* è conseguenza di germi che riducono il baccalà simile a colla, e che lo rendono, naturalmente, immangiabile. La *putrefazione rapida* e *la putrefazione lenta*, così differenziate dal più o meno rapido manifestarsi sono, al solito, dovute a germi che trovano un ambiente favorevolissimo di sviluppo nei baccalà non bene conservati; si manifestano coi noti cambiamenti di colore, odore, consistenza, ecc. Il *sollevamento della pelle* è una forma di putrefazione che si manifesta con questo speciale carattere; così almeno secondo le vedute

del Sodero da cui abbiamo riassunto le notizie esposte.

b) *Pesci conservati colla salatura, affumicamento, marinatura.*

Aringhe. — Sono in commercio *aringhe bianche* e *aringhe rosse*. Le prime si ottengono immergendo il pesce in salamoia, ponendolo in seguito ad asciuttare, e mettendolo finalmente in barili a strati alternati con sale. Le aringhe rosse si ottengono lasciando il pesce in salamoia per un periodo maggiore di tempo, e in più affumicandolo per una giornata all'incirca adoperando legne di faggio e d'elce. Le aringhe in buono stato di conservazione si distinguono da quelle andate a male per la consistenza delle carni, l'aderenza delle squame alla pelle, per il buon odore, ecc.

Acciughe. — Al contrario delle aringhe, abitano sopratutto il Mediterraneo. Vengono preparate col privarle prima della testa, degli intestini, del fiele, salandole poi e mettendole in barili dentro ai quali si versa la salamoia; nei barili, esposti al sole, il pesce subisce una fermentazione, finita la quale è pronto pel commercio.

Oltre alle comuni alterazioni, nelle acciughe si può notare un'alterazione di colore per cui le carni da bianco-rosee diventano completamente gialle. Il Sodero afferma che il volgo di Napoli attribuisce una tal alterazione all'esser stato il pesce lavorato da donne in stato di mestruazione. E c'è da credergli facilmente, poichè il popolo ha sempre bisogno di montarsi la testa con il leggendario per quanto stupido possa essere. A proposito delle alterazioni del pesce conservato in barili bisogna distinguere quel che può essere semplicemente alterazione del pesce allo strato superficiale da quel che è invece alterazione di tutto il contenuto del barile.

Anguille marinate. — Le anguille appena pescate vengono decapitate, lasciate intere se piccole, o tagliate in due, tre pezzi, se grosse, infilate allo spiedo e poste sopra la bragia; cotte e tolte dallo spiedo vengono conciate in aceto e poste in barili o scatole. Oltre le anguille si preparano le *acquadelle* e i *latterini* i quali non potendo, date le loro piccole dimensioni, esser infilati allo spiedo vengono cotti in padella.

Le anguille marinate, una volta andate a male (continuiamo ad adoperare questo modo di dire usuale) acquistano, più degli altri pesci, colore, odore, aspetto ripugnante; nei casi più avanzati di putrefazione sembrano ridotte a stracci nuotanti in un liquido di fogna.

c) *Pesci conservati con immersione in olio.*

Sardine. — Si salano, si lavano, si essiccano (al sole o in camere riscaldate) si immergono in olio bollente, e si pongono finalmente nelle notissime scatolette di latta che si riempiono d'olio e si sterilizzano. Per l'esame delle scatole contenenti pesci conservati ricordiamo quanto è stato detto a proposito delle scatole contenenti altre carni.

Tonno. — I tonni vivono in frotte numerosissime nel Mediterraneo. L'industria del tonno è fiorentissima in Sardegna. Anche il tonno, prima d'esser posto in scatola, vien cotto nell'olio d'oliva e salato; raramente vien preparato colla sola salamoia. Per mantenersi sano il tonno deve rimaner sempre sott'olio; altrimenti, in contatto dell'aria, cambia di colore, di consistenza, acquista odori nauseanti, sapore acido, ecc. e deve esser eliminato dal consumo. Il tonno posto in oli di cattiva qualità è, naturalmente, più soggetto a guastarsi: è facile allora notare alla superficie del liquido delle muffe che a primo momento cominciano coll'alterare l'olio; in seguito anche il tonno. Casi di avvelenamento si son verificati anche per ingestione di tonni che non presentavano la benchè minima alterazione apparente. Tanto per citarne qualcuno diremo di quelli studiati dal Raschieri e dal Pergola. Il Raschieri si occupò dei casi di avvelenamento di tonno che nel 1906 colpirono una settantina di persone nelle provincie di Forlì e Firenze. « Il tonno non presentava la minima alterazione dei caratteri organolettici ». Col tonno incriminato l'A. compì ricerche biologiche, microscopiche, batteriologiche e chimiche. La somministrazione del tonno ai cani non diede luogo a fenomeni tossici, sólo si notò nei cani una particolare avversione a nutrirsi del tonno. Gli esami microscopici e batteriologici nulla rivelarono. Il Raschieri potè estrarre dal tonno un alcaloide tossicissimo per la cavia tanto per via ipodermica che gastrica, sull'origine del quale non potè pronunziarsi, ma data la grande alterabilità al calore di detto alcaloide ammise solo che si fosse formato dopo che il tonno fu posto sott'olio, perchè con la cottura che vien fatta prima dell'immersione avrebbe dovuto essere inevitabilmente distrutto. Da alcuni campioni di tonno e sardine riusciti nocivi, il Pergola ha potuto ricavare una sostanza solubile in acqua ed alcol etilico, capace di resistere senza denaturarsi a pressioni e temperature elevate, tossica per cavie, conigli, colombi, gatti: dai campioni isolò qualche volta germi a forma di cocchi, di bacilli, a volte non riscontrò alcun germe attivo. Anche nella maggior parte dei casi studiati dal Pergola le carni non lasciavano sospetto alcuno di alterazione e neppur le scatole presentavano i soliti caratteri delle scatole contenenti prodotti guasti.

Salmone. — Il pesce appena pescato, quando non vien consumato fresco, vien fatto a pezzi, lavato in acqua salata, immerso in salamoia molto concentrata, essiccato, fritto nel grasso, e

posto da ultimo in scatole con sostanze aromatiche ed olio. Le scatole, saldate, vanno poste in autoclave per la sterilizzazione.

La carne di salmone in buone condizioni si presenta di color rosso-roseo: nei salmoni alterati il colorito è rosso intenso, da sembrare in alcuni casi tinto, oppure diviene grigiastro nerastro.

d) *Conservazione dei pesci col freddo.*

Come le carni di altri animali anche quelle di pesce vengono conservate col freddo. La congelazione dei pesci all'aria offre però diversi inconvenienti. Già nel 1913 i proff. Mir e Audigé avevano esposto la teoria di un procedimento che avrebbe permesso di trasportare i pesci d'acqua dolce vivi, ma congelati mediante una piccolissima quantità di ghiaccio: fondandosi sugli esperimenti di Pichet i quali hanno dimostrato che si può gelare e disgelare i pesci d'acqua dolce senza ucciderli, i sopracitati esperimentatori eran riusciti a congelare pesci in minima quantità d'acqua in modo da avere un pezzo di ghiaccio di piccolo volume che contiene una quantità relativamente considerevole di pesce. Ultimamente un esploratore danese, l'Ottensen, per congelare il pesce lo immerge in una soluzione di cloruro di sodio al 15 % mantenendolo a 15 sotto zero per qualche ora; la scongelazione, secondo l'Ottensen, ridà al pesce un aspetto di vivo; nelle spedizioni vengono spediti in blocco ghiaccio e pesce.

e) *Preparazioni speciali di pesce.*

Colle carni di pesce si fanno varie preparazioni. Tra queste: i *salami di pesce* (carne di pesce, triturata, mista a sale e droghe e posta, per lo più, in esofagi di bovini) i *biscotti di pesce* (carni di pesce cotte, ridotte in polvere e mescolate a farine varie) gli *estratti di carne di pesce* (preparati press'a poco come gli estratti di altre carni, di cui hanno un maggior valore nutritizio) le *gelatine di pesce* (preparate da carni di pesce di prima qualità, fatte cuocere dopo esser state insaccate e miste a droghe). Notissime sono anche le *conserve di gamberi.* Dalle uova di storione (liberate dal loro involucro, poste in salamoia, compresse entro barili) e da quelle di muggine (salate, compresse, essicate e poste in vasi) si ricava il *caviale.*

Per l'esame di questi preparati vale l'insieme delle notizie già esposte, tenedo conto in più che i preparati stessi són anche più degli altri soggetti a guastarsi, perchè confezionati spesso e volentieri con carni rimaste invendute e quindi tutt'altro che in istato di freschezza.

Sassari, 1920.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE.

GABBA: *Adulterazione sofisticazione degli alimenti.* Manuale Hoepli, Milano, 1886.

NOSOTTI: *Carni fresche, salate, o in altro modo preparate e conservate.* Dumolard, Milano, 1886.

POSSETTO: *L'ufficiale sanitario ispettore d'annona.* Clausen, Torino, 1886.

SODERO: *Ispezione sanitaria dei pesci.* Iovene, Napoli, 1900.

MAZZINI: *Manuali di legislazione e polizia sanitaria.* Cassone-Candeletti, Torino, 1904.

PIANA: *Lezioni di polizia sanitaria* Milano, 1906.

CELLI: *Manuale dell'Igienista.* Unione tipografica editrice torinese, 1906.

TONZIG e RUATA: *Manuale pratico dell'igienista.* Hoepli, 1907.

FRANCESCHI e VENTUROLI: *Conservazione delle sostanze alimentari.* Hoepli. Milano, 1907.

BRUSAFERRO: *L'igiene della carne.* Unione tip. editr. torinese, 1909.

PESCE: *Macelli moderni.* Manuale Hoepli, Milano, 1910.

GAMBAROTTA: *Almanacchi del Bollettino veterinario* 1910-1911. Bocca, Torino.

FERRETTI: *Carni conservate col freddo.* Hoepli, Milano, 1910.

Guida dell'ispettore delle carni, pubblicata dall'Ufficio sanitario svizzero. Colombi, Bellinzona, 1913.

D'ONOFRIO: *Tecnica della conservazione degli alimenti.* Francesco Vallardi, Milano, 1917.

TOGNOLI: *La vigilanza igienica sulle sostanze alimentari.* Hoepli, Milano, 1919.

HUBAULT: *Come ci avvelenano.* « Rivista Minerva », gennaio 1910.

RASCHIERI: *Sugli avvelenamenti da tonno.* « Gazzetta degli ospedali e delle cliniche », 1907, pag. 512.

PUPPE: *Intorno alla conservazione delle sostanze alimentari con aggiunta di acido borico.* « Veterinaria », 1908, pag. 302.

DEITERS: *I progressi nella confezione delle carni.* « Rivista Minerva », aprile 1910.

MARTEL: *La conservazione delle carni.* « Minerva », 1910.

PERGOLA: *Studio di un batterio patogeno per gli animali isolato da carni insaccate.* « Clinica Veterinaria », 1910, pag. 453.

SANARELLI: *L'Igiene e il Commercio del freddo.* « Nuova Antologia », 1911, pag. 122.

APTOBELLI: *Le scatolette di carne in conserva in uso presso il nostro esercito.* « Giornale militare », 1911, pag. 9.

PERGOLA: *Le intossicazioni alimentari dei pesci conservati.* « Il Policlinico », 1914. Sezione pratica, pag. 951.

DE GASPERI: *La salagione e l'affumicatura delle carni.* « Corriere dei macelli », 1912, pag. 7.

NORDMANN: *Le applicazioni del freddo.* « Revue des deux mondes », febbraio 1913.

WANDERSLOOTEN: *Avvelenamento da carne affumicata.* « Clinica Veterinaria », 1913, pag. 469.

REIMERS: *Sul potere battericida del sale da cucina rispetto al bacillo paratifo B e al bacillo dell'enterite di Gärtener.* « Clinica », 1913, pagina 365.

BERTOLINI: *La questione delle carni conservate col freddo.* « Corriere dei macelli », 1913, pagina 116.

MARCONE: *Le carni congelate e l'economia nazionale.* « Rivista d'Italia », giugno 1914.

GURINI: *La conservazione delle carni.* « Clinica Veterinaria », 1914, pag. 669.

L'ispezione delle carni congelate. « Clinica Veterinaria », 1916, pag. 184.

PERGOLA: *Le intossicazioni alimentari dei pesci conservati.* « Il Policlinico », sezione pratica 1914, pag. 275.
SARTI: *Contributo allo studio delle carni insaccate.* « Clinica Veterinaria », 1917, pag. 605.
NINNI e RUSSI: *Su di una speciale alterazione e sulla microflora del lardo con individualizzazione di un nuovo ifomicete.* « Annali d'Igiene », aprile 1916.
MARTEL: *L'uso delle carni congelate.* « Minerva », settembre 1919.
SILVESTRI: *Le carni congelate.* « Il Policlinico », sezione pratica, 1919, pag. 402.
Conservazione delle sostanze alimentari. « Giornale di medicina veterinaria», 1919, pag. 506.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Studio sui portatori di pneumococco.

(SAILER J., HALE M., WILSON R. L., MC COY CH.).

Gli AA. hanno avuto occasione di constatare nell'ospedale di base a *Camp Wheeler* 1311 casi di polmonite nell'inverno 1917-1918, con 275 morti, più dell'80 % della mortalità generale. Ciò ha loro permesso di fare degli studi sull'argomento e di essi pubblicano i risultati nel numero del 15 dicembre 1919 degli *Archives of internal medicine.*

Cominciano col notare l'importanza che nella predisposizione hanno le circostanze di ambiente e di razza: il campo Wheeler reclutava gli uomini fra popolazioni rurali del Sud: ciò deve indubbiamente avere influito sulla non invidiabile predominanza della polmonite in quell'ospedale.

Qualunque siano le cause predisponenti, il fattore essenziale è l'infezione da parte del pneumococco dell'uno o dell'altro tipo, e per questa da un lato l'esposizione dell'uomo al microrganismo virulento, dall'altro la sua suscettibilità individuale all'infezione. Corrispondentemente, esistono due differenti metodi di preservazione. Uno riguarda l'esaltazione della resistenza individuale con tutti i metodi d'igiene generale che abbiamo a disposizione. D'altro canto i ricercatori dell'Istituto Rockefeller hanno dimostrato, per mezzo della determinazione dei tipi specifici di pneumococchi, che coloro che sono in contatto con polmonitici divengono spesso portatori di cocchi dello stesso tipo di quello che infetta il paziente.

A conferma di questa conclusione gli AA. presentano una tavola dei casi osservati in un battaglione, tenendo conto delle tende in cui erano ricoverati gli uomini, della data d'inizio della malattia e, quando fu possibile (data la copia di lavoro e la scarsità di topi), del tipo di pneumococco determinante. Risulta che dei 90 casi avutisi nel battaglione, 54 ossia il 60 % si ebbero in tende in cui cadde malato più di uno dei suoi abitanti (col massimo di 8 pazienti da una sola tenda). Quanto al tipo di pneumococco, con piccolissime eccezioni esso fu sempre lo stesso per una tenda.

Appare dunque che il contatto con individui infetti o con portatori ha una parte importante nella diffusione della polmonite; e che, se il numero dei portatori potesse esser ridotto, ne seguirebbe una rarefazione della malattia.

Il problema quindi si divide in due parti: la scoperta del portatore, la ricerca di mezzi atti a renderlo innocuo per altri: il primo spetta naturalmente al laboratorio, il secondo al servizio medico-igienico.

Il metodo di scoprire i portatori di pneumococchi con le inoculazioni nei topi, indubbiamente il migliore, non sembra applicabile a una larga popolazione, senza l'ausilio di una quantità praticamente non disponibile di tecnici. Gli AA. hanno perciò usato un metodo che sembrò rispondere allo scopo e che è ad un tempo semplice nell'applicazione, soddisfacente nei risultati. Esso è basato sul fatto che lo pneumococco su piastre di agar-sangue sviluppa una colonia verde, dopo 16-24 ore. Eseguite tali semine da materiale preso dal nasofaringe, le colonie tipiche venivano trapiantate nel terreno brodo-sangue di Avery: i germi sviluppatisi da quest'ultimo venivano esaminati col Gram, provati con la solubilità per la bile e in caso positivo ulteriormente saggiati col metodo delle precipitine. In tal modo ogni germe classificato come positivo aveva dimostrato le caratteristiche morfologiche e di colorazione, aveva dato la colonia verde in agar-sangue, era stato trovato solubile in bile e saggiato con le precipitine.

Nell'aprile 1917, 700 uomini furono esaminati con questo metodo e vi si riscontrarono 111 portatori di pneumococco e in particolare 6 del I tipo, 15 del II, 5 del III, 85 del IV: vale a dire nel 24 % circa dei portatori furono trovati pneumococchi dei tipi così detti fissi.

Ma la semplice scoperta dei portatori non può offrire alcun risultato: essi debbono essere isolati, ovvero nelle loro vie aeree debbono essere distrutti i cocchi con qualche trattamento antisettico. È chiaro che l'isolamento del 15 % di una popolazione non è praticamente possibile: occorreva dunque cercare per la seconda via; ed era inoltre desiderabile anche, trovato un metodo buono di sterilizzazione, di cercarne altri per sostituirlo al primo in caso di necessità o di limitazione di materiale. Infine, questi metodi dovevano esser tali da non alterare non solo la salute ma anche l'efficienza degli uomini.

I 111 portatori, a cui vennero aggiunti parecchi convalescenti di polmonite che ancora ospitavano pneumococchi nelle vie aeree, furono fatti entrare nell'ospedale e per la sicurezza del controllo, accuratamente isolati, pur facendoli sottostare al consueto regime di lavoro di un soldato in allenamento. Essi furono divisi in gruppi di sedici ciascuno: per ogni gruppo, ricoverato in una separata corsia, fu esperimentato un diverso tipo di trattamento, che di regola consisteva in inalazioni o applicazioni. Ancora: ogni gruppo fu diviso in 4 squadre di 4 uomini ciascuna: la prima riceveva il trattamento una volta al giorno, la seconda 2 volte, la terza 3, la quarta 4: allo scopo di determinare il minimo di trattamento richiesto. A vari intervalli venivano fatte dagli uomini delle culture, al mattino, prima che venisse eseguita la prima applicazione del trattamento. Quando un uomo presentava tre culture negative, veniva considerato libero ed era dimesso. In un gruppo non fu impiegato alcun trattamento e vennero fatte ugualmente delle culture, per scoprire se non avvenisse una disinfezione spontanea.

Segue il protocollo delle ricerche; i cui risultati possono riassumersi come segue:

1° La dicloamina T sciolta in eucaliptolo dette buoni risultati; molto meno soddisfacente la soluzione in clorosane;

2° Il gas cloro non è efficace, causa disturbi, e può esser pericoloso anche nella concentrazione in cui fu usato;

3° Il fenolo dette buoni risultati. La soluzione in olio è più efficace che quella in glicerina. Le istillazioni sono forse preferibili alle inalazioni per il minor pericolo di infezione dell'orecchio;

4° Lo iodio in olio dette buoni risultati;

5° Il solfato di chinino si dimostrò di nessun valore contro lo pneumococco. Forse è utile una inalazione con chinino;

6° La cloramina T è apparentemente di scarso valore.

Nonostante che molti fattori incontrollabiili abbano reso il lavoro non completamente soddisfacente gli AA. credono di poter presentare le seguenti

CONCLUSIONI.

1° Abbiamo a disposizione una tecnica per la scoperta dei portatori di pneumococco che è semplice, accurata, pratica per l'uso su larghi aggruppamenti di uomini, e che non si presta a maggiori obiezioni dei metodi tanto usati per ricercare i portatori di meningococco;

2° L'applicazione di questo metodo a 700 uomini dimostrò la presenza di 16 % di portatori di pneumococco, 24 % di questi ospitavano germi dei così detti tipi fissi. Secondo le cifre di Cecil e Vaughan per la polmonite presentatasi nello stesso campo nella seconda metà dello stesso anno, la percentuale delle polmoniti dovute a germi dei tipi fissi fu del 18,6: poichè in questo periodo coincise la grande epidemia influenzale in cui erano di solito prevalenti infezioni del tipo IV, risulta che la proporzione dei tipi fissi fra i portatori e fra i malati non è lontano dall'essere la stessa;

3° La distribuzione dei casi nelle singole tende sopra citate favorisce l'idea che i portatori sono un importante fattore nella diffusione della polmonite;

4° Data la varietà del gruppo del tipo IV come è oggi intesa, una vaccinazione contro di esso non è praticabile. Negli accantonamenti di guerra, tuttavia, questo gruppo è stato responsabile di molti casi letali e di una morbilità assai maggiore che gli organismi dei tipi fissi. Siamo quindi giustificati nell'invocare dei metodi di disinfezione diretta contro i portatori;

5° Le soluzioni oleose di fenolo e di iodio si sono dimostrate agli AA. le più efficaci a questo scopo. Esse sono di solito tollerabili e applicabili con sicurezza e facilmente da persone non addestrate;

6° Gli AA. credono che in chi è a contatto con casi di polmonite dovrebbero esser fatte culture allo stesso modo come si fa ora con chi è a contatto con meningitici. Che se tali soggetti risultassero portatori dello stesso tipo di pneumococco che infetta il paziente, dovrebbe essere istituito un rigoroso trattamento antisettico, combinato con quelle misure di isolamento che le singole condizioni permettano;

7° In presenza di epidemie di polmonite o di malattie che con essa fatalmente si complicano, come l'influenza e il morbillo, è pratico trattare un gran numero di uomini con quei metodi: tale trattamento potrebbe dare risultati favorevoli.

SEBASTIANI.

MEDICINA SOCIALE.

Il matrimonio dei sifilitici.

La questione del matrimonio dei sifilitici è una delle più gravi, che si possano presentare al medico anche non specialista; essa reca con sè un tal grado di responsabilità morale e sociale, che si capisce come attorno a questo problema si affannino le menti dei competenti, per trovarne una soluzione pratica e definitiva.

Fra noi, una corrente esigua ma battagliera propugna oggi quella visita prematrimoniale obbligatoria con certificato rilasciato da uno specialista, che in altri paesi fu pure invocata, ma

ancora non ottenne una codificazione. È recentemente in seno alla Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, ebbe luogo un'ampia discussione sull'argomento, senza addivenire ad un accordo, che forse è ancor oggi prematuro...

In Francia, fioriscono pure i lavori sull'argomento di vitale importanza. Il Thibierge, nel *Journal des praticiens* (n. 47 del 1919), osserva che molti fatti nuovi furono in questi anni acquisiti, che poco modificano però la primitiva formula del grande Fournier: « quattro o cinque anni devono passare fra l'infezione e il matrimonio e due almeno dall'ultima manifestazione, purchè naturalmente la cura sia stata regolare, e come dosi e come durata ».

Tra questi fatti, va annoverata anzitutto la reazione del Wassermann: ma specialmente nel senso degli abusi che se ne fanno, consentendo il matrimonio solo in base ad un suo risultato negativo e spesso purtroppo senza neppure interpellare il medico! Mentre è noto quanto spesso la reazione sia negativa anche alla vigilia della comparsa di gravi manifestazioni contagiose; oppure, possa divenire a un tratto positiva, senza manifestazioni apparenti; o ancora, possa durare negativa, pur esistendo manifestazioni contagiose. Al contrario, in altri casi, anche dopo intense cure arsenobenzoliche seguite per lungo tempo, la R. W. rimane positiva: si dovrà per questo inibire il matrimonio al paziente, che — anche dopo mesi di sospensione della cura — non presenta alcuna manifestazione? Thibierge crede che il matrimonio possa esser consentito anche in tali casi, dietro promessa che la cura specifica sarà ad intervalli ripresa per qualche anno ancora.

Quanto agli arsenobenzoli, essi non hanno certo — come sulle prime pareva — consentito di ridurre il periodo di esclusione dal matrimonio pei sifilitici. Un più accurato studio delle presunte guarigioni con reinfezione ha dimostrato che in molti casi non si tratta che di manifestazioni tardive (pseudosifilomi); e del resto, da molti anni fra noi il Ducrey ha dimostrato la possibilità della comparsa di sicura e tipica lesione iniziale in soggetto con manifestazioni terziarie in atto.

Oggi sappiamo che individui curati anche intensamente all'inizio dell'infezione con arsenobenzoli possono talvolta presentare manifestazioni secondarie e fin terziarie, se essi non seguirono una cura prolungata, « d'entretien », dopo l'arsenobenzolica. Ed ecco che queste cure arsenobenzoliche e mercuriali continuative richiedono un tal tempo, da riportarci al primitivo e classico margine dei quattro anni di cura. Margine che potrà ridursi a tre anni solo quando siano avverate *tutte* le condizioni seguenti: cura arsenicale intensiva iniziata entro la prima quindicina dalla comparsa del sifiloma, cure successive egualmente intense, R. W. ripetute e sempre negative, assenza di ogni qualsiasi manifestazione dopo l'iniziale.

L'esame del candidato al matrimonio da parte dello specialista deve essere poi completo e minuzioso.

Una recente monografia del Montlaur (*Thèse de Paris*, 1919) così riassume gli elementi del « bilancio patologico » del sifilitico:

1° Esame clinico di tutti gli organi;

2° Reazione del Wassermann;

3° Riattivazione biologica della medesima con l'iniezione d'una dose media di 606 o 914;

4° Puntura lombare.

Ma l'incertezza di taluni di questi elementi fa sì che ancor oggi il dato più sicuro poggi sulla durata e l'intensità della cura.

Thibierge suggerisce di sottoporre tutti i sifilitici che vengono a noi prima del matrimonio, anche già a sufficienza curati, ad un nuovo periodo di cura, la cosiddetta « cura del padre di famiglia » del Fournier: una serie d'iniezioni endovenose d'arsenobenzolo, tanto più energiche, quanto più recente e meno curata è l'infezione. Il matrimonio dev'essere invece assolutamente proibito ai soggetti che ebbero manifestazioni nervose.

Da ultimo, ogni sifilitico che si sposa dev'essere invitato, nel caso la moglie resti incinta, ad informare l'ostetrico dell'infezione sofferta, provocando una visita sotto questo punto di vista sin dai primi mesi della gravidanza. Di più, il figlio non sarà allattato da una nutrice, ma dalla madre stessa o con mezzi artificiali.

RUSCA.

La profilassi e il trattamento collettivo dei bambini eredo-sifilitici; gli asili Welander.

Se ne occupa M. F. Balzer (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, juin 1919).

L'enorme diffusione assunta dalla sifilide negli anni di guerra, impone dei provvedimenti urgenti e radicali per combattere le funeste conseguenze dell'eredolues. Negli eredoluetici, curati nelle loro famiglie o negli ospedali è facile con un'adatta cura arsenico-mercuriale, raggiungere lo stadio latente della malattia. Arrivati a tale stadio non più contagioso i malati vengono dimessi dagli ospedali e si consiglia alle famiglie il proseguimento della cura. Ciò è fatto di solito così irregolarmente e per così breve tempo, che i bambini dopo pochi mesi spesso soccombono a qualche malattia intercorrente, a cui il loro organismo non ha saputo opporre resistenza. Per arrivare a trionfare dell'infezione eredo-sifilitica, delle conseguenti lesioni viscerali

e della debolezza organica che causa l'immatura fine di tanti eredoluetici è essenzialmente importante che il trattamento specifico sia proseguito sistematicamente, coadiuvato da mezzi terapeutici accessori, per un periodo che varia dal minimo di un anno fino a 3 o a 4 anni.

Tale scopo essenziale è raggiunto per mezzo degli asili speciali per eredo-sifilitici fondati dal Dr. Welander in Svezia ed imitati dalla Norvegia e dalla Danimarca.

L'eredoluetico, ammesso nell'asilo fin dalla più tenera infanzia vi rimane degente per almeno 3 anni. Il controllo prolungato e la terapia specifica, unita a quella corroborante, riescono in molti casi a guarire completamente gli ammalati e ad attenuare od anche annullare del tutto le funeste conseguenze esercitate dalla sifilide ereditaria sullo sviluppo dei bambini e sulla loro progenie.

Molte difficoltà si oppongono all'istituzione di tali asili speciali nelle grandi città quali Parigi o Londra. Al caso basterebbero allo scopo dei padiglioni riservati agli eredo-sifilitici eretti nei comuni ospedali; si deve però tener sempre presente in tali casi che condizione indispensabile per il buon esito della lotta contro la sifilide ereditaria è il garantire agli eredoluetici un lunghissimo soggiorno in un luogo di cura.

POLLITZER.

E' la sifilide un motivo per interrompere la gravidanza?

La risposta a questa domanda fu fin qui: No. Ad onta che la più parte dei bambini di madri sifilitiche periscano per aborto o nella primissima età e il resto generalmente rimanga fisicamente e psichicamente indietro e formi un peso per la famiglia e per lo Stato, il nostro procedere era influenzato dal fatto che una parte delle madri clinicamente guarisce con trattamento energico durante la gravidanza e partorisce quindi bambini clinicamente sani. Per ciò la parola d'ordine era: curare rapidamente la madre durante la gravidanza e così pure il bambino eventualmente nato con lue congenita.

Ora la reazione Wassermann ci ha insegnato, che madre e figlio, quantunque clinicamente sani, hanno quasi sempre una reazione positiva e che sin anche dopo la pubertà può manifestarsi nel bambino la sifilide. Le viste sono particolarmente cattive, se infezione e concezione coincidono nell'epoca. Se si pensa poi anche alla presente frequenza e diffusione della sifilide, secondo Schwal (Norimberga), è ben da ponderarsi una revisione del nostro punto di vista sull'interruzione della gravidanza.

L. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche in Milano.

Presidenza: prof. I. BONI.

Seduta del 26 marzo 1920.

A proposito di alcuni casi atipici di encefalite epidemica.

MEDEA E. — L'O. fa rilevare il notevole numero di casi che ricorrono al neurologo per esiti di forme morbose, che dall'anamnesi, ed anche dalla persistenza di taluni sintomi, devono essere considerate encefaliti epidemiche pregresse. E perciò da ritenersi che l'E. E. abbia avuto un'estensione e una diffusione maggiore di quello che si crede, in quanto molti casi, non gravi probabilmente, non furono diagnosticati. Mette in guardia anche contro la tendenza cui facilmente si è portati, di collocare cioè nel quadro multiforme dell'E. E. anche malattie del sistema nervoso che conservano tuttora la loro entità nosologica, pur non potendosi negare forse un rapporto etiologico tra tali malattie ed il presumibile virus che determina l'E. E. Cita a questo proposito un proprio caso di paralisi ascendente tipo Landry ed un caso di poliencefalite grave, prevalentemente a tipo inferiore, in una bambina. In altri casi invece, a malgrado della atipicità della forma morbosa, è lecito, data la presenza di alcuni sintomi cardinali (aniscoria, scarsa eccittabilità pupillare, diploplia, ecc.), di ascrivere la forma stessa all'E. E.; sopratutto è importante in questi casi l'anamnesi, il modo di insorgere ed il decorrere della malattia. Cita un proprio caso, nel quale durante lo svolgersi della malattia comparve un zoster in rapporto alla 1° branca del trigemino, accompagnato da intensi fatti nevralgici e poi riparatosi, lasciando però una ipoestesia nel campo della 1° branca del 5°. In un altro caso, dopo un periodo di circa due settimane di cessazione dei sintomi più attivi dell'E. E., insorsero movimenti coreici intensi a carico dell'arto sup. destro e dell'arto inf. di sinistra, con segno di Babinski a sinistra.

Un caso atipico è pure quello presentato da un paziente che dopo un lungo periodo di fatti febbrili accompagnato da intensi dolori diffusi presenta attualmente oltre reazione pupilare torpida ed accenno a Babinski e Oppenheim, una spiccata ipertrofia muscolare alla spalla sinistra e sopratutto al deltoide con reazione degenerativa.

L'O. da un punto di vista semeiologico, fa notare la notevole frequenza di fenomeni indicanti una partecipazione delle vie cerebellari (catalessi) e ricorda pure qualche caso con aspetto par-

kinsoniano, probabilmente in base a localizzazione del processo morboso alla calotta, peduncoli.

Di un idrotorace destro nell'epatite interstiziale cronica.

PRETI L. — L'O. riferisce un caso di versamento pleurico in un paziente affetto da cirrosi atrofica del fegato. Nello spazio di 80 giorni furono praticate 11 toracentesi, ed asportati complessivamente 37 litri e 700 cmc .di liquido, il quale dimostrò sempre i caratteri di un trasudato. All'addome solo transitoriamente i segni di una modesta ascite, che comparivano quando il versamento pleurico diveniva imponente, e scomparivano il giorno dopo la toracentesi.

All'autopsia fu tra l'altro trovato fegato piccolo, a superficie irregolare, granulosa, consistenza dura; all'esame istologico risultò che il parenchima era ridotto a piccole isole di tessuto compresso atrofico in degenerazione grassosa. Il tessuto connettivo interstiziale aveva assunto grande sviluppo e si presentava sotto forma di fasci fibrosi. La vena azigos presentava un volume circa il triplo del normale.

L'O. fa dipendere il versamento pleurico dall'ostacolato deflusso della porta: per questo ostacolo si formò il seguente circolo collaterale: vena porta, vena coronaria stomachica, vene esofagee, vena azigos, vena cava superiore. La vena azigos, per la presenza di una valvola a 3-4 cm. prima del suo sbocco nella cava superiore non fu più in grado, ad un certo punto di dare completo passaggio alla massa sanguigna proveniente dal circolo portale, donde replezione, trasudamento e formazione del versamento pleurico destro.

Epidemia dissenterica bacillare.

VALLARDI C. — L'O. espone i suoi studi sull'epidemia di dissenteria bacillare osservata nelle nostre truppe in Macedonia nell'estate 1918. Questa epidemia ebbe un andamento epidemico simile a quello della dissenteria amebica del 1917, ma una morbilità minore nel rapporto di 1/2,5 ed una mortalità inferiore all'1 %. Il b. Shiga entrò nella proporzione del 79,06 %, il b. Flexner in quella del 20,35 %, l'Y del 0,58 %. Furono isolati parecchi stipiti di b. Shiga non agglutinabili; relativamente rari furono i b. paradissenterici. Le forme cliniche più gravi furono date dal b. Shiga e si presentarono specialmente in malarici cronici. L'O. descrive la complicazione più frequentemente osservata nella convalescenza della dissenteria bacillare, cioè il reumatismo dissenterico. I migliori successi terapeutici furono ottenuti con il metodo proposto da Castellani; sieroterapia unita al trattamento lassativo in primo tempo, astringente in secondo tempo. L. PRETI.

R. Accademia delle Scienze Mediche in Palermo.

Seduta del 28 febbraio 1920.

I cloruri del sangue e dei muscoli nella fatica.

AMATO. — L'O. ha dimostrato che la quantità di cloruri contenuta nel sangue si presenta in seguito alla fatica costantemente aumentata e che anche nei muscoli, in seguito alla fatica, si ha un aumento del contenuto in Cl.; esso è da attribuirsi alla presenza di sangue in notevoli proporzioni, difatti manca nei muscoli dissanguati.

Sulla reversibilità del fenomeno di sensibilizzazione osponica.

AMATO. — Risulta che le sostanze a potere opsonico legatesi ai germi sono capaci di staccarsi da essi per passare nel liquido ambiente privo di dette sostanze e che questo passaggio si rallenta sempre più man mano che la concentrazione delle sostanze a potere opsonico nel liquido ambiente aumenta.

Con un esame minuto l'A. dimostra che il fenomeno di reversione tende verso una condizione di equilibrio regolata dalla formula di ripartizione di Arrhenius: $A = K.B\ 2/3$ nella quale però il rapporto di equilibrio è leggermente più piccolo di quello indicato da detta formula. La legge con cui questa condizione di equilibrio viene raggiunta col tempo è quella indicata dalla formula: $q = A\ (I\text{-}e\text{-}at)$, secondo la quale si compiono le reazioni chimiche di prima specie o monomolecolari. CIULLA.

Regia Accademia Peloritana.

Seduta del 1 marzo 1920.

Sulla poliencefalite da infezione e da auto-intossicazione gastro-enterica.

S. TORNATOLA ritiene che *l'encefalite* detta *letargica* da von Economo pel primo, non sia malattia nuova, *sui generis*, ma di parecchi secoli fa.

Ricorda che ne scrisse, con molta chiarezza, l'Ingrassia, descrivendo nella pandemia d'influenza del 1557-59 l'encefalite, «*o febbre cerebrale*» per cui gli infermi *vegliavano dormendo* e *dormivano vegliando*. Ricorda i casi di encefalite durante l'influenza a Tubinga, e gli interessanti studi eseguiti, nello scorcio del secolo scorso, da Oppenheim, da Strümpell, da Wernicke, da Gayet, ecc. ecc., i quali chiamarono la malattia *encefalite acuta non purulenta o poliencefalite;* e gli studi recentemente fatti in Italia da Tomasini, da Bozzolo, da L. Bianchi, da V. Ascoli, da Bruno, ecc., all'estero, da von Economo, da von Wiesner, da Marinesco, da Mariè, da Oberndorfer, da Bassoe, ecc.

Per opera di questi Autori, la malattia venne meglio delimitata e meglio conosciuta sopratutto nelle sue alterazioni anatomo-patologiche. Fu concordemente riconosciuta affezione dell'encefalo polimorfa, non sistematizzata. Grande dissenso però esiste sulla sua natura e la sua patogenesi, e sulla sua denominazione.

All'O. pare che il titolo, che meglio si confaccia, sia quello di *poliencefalite*, e che, a secondochè le lesioni sono più o meno estese, e si sviluppano, e si associano, e si succedono, si fanno differenti aggruppamenti di sintomi, e svariati e molteplici quadri clinici, dando forme benigne limitate, per esempio, al solo nucleo del VI paio; ovvero ad alcuni o a tutti i nuclei del 3° paio con la ben nota oftalmoplegia parziale o totale; ovvero si hanno forme gravissime per lesioni alla corteccia, al mesencefalo o anche alle corna anteriori del midollo spinale, producendo le varietà cliniche di *poliencefalite corticale*, di *poliencefalite del Werniche* o di *poliencefalomielite* colle ben note sintomatologie, e con esiti differenti: la morte fulminea, oppure in pochi o molti giorni; la guarigione con deficienze, ovvero con *restitutio ad integrum*.

Tornatola afferma che non tutti i casi di poliencefalite riconoscono origine e causa identica o anche simile. Una serie ha per causa l'infezione, e rappresenta la complicazione o la determinazione cerebrale di malattie infettive: influenza, polmonite, difterite, ecc.; un'altra serie si svolge indipendentemente da qualsiasi morbo infettivo, e rappresenta l'espressione di uno stato tossico la cui origine è il tubo gastro-enterico.

Ricorda una varietà di poliencefalite, che studiò da molti anni e che ha illustrato in due pubblicazioni nel 1908 e nel 1914. I malati avevano la sindrome generale dei tumori cerebrali: cefalea, vomito, vertigini, spossatezza, eccitazione cerebrale e sonnolenza e papillite doppia.

Agli otto casi pubblicati, ne aggiunge altri sette. Riferisce la storia particolareggiata di uno di essi, fornitagli dal dott. Francesco Romeo.

La papillite, con o senza edema, dice Tornatola, può aversi nei malati di tumori endocranici come in quelli di meningite, di poliencefalite, di clorcanemia, ecc. Non ci sono caratteri clinici nè alterazioni istologiche che la differenzino.

Sul metabolismo dei grassi.

U. LOMBROSO. — Durante la sopravvivenza, ottenuta col metodo della circolazione artificiale, il fegato di cane digiunante non distrugge i grassi, in esso contenuti od aggiunti al sangue usato per la circolazione. Tutto il grasso aggiunto al sangue circolante viene sottratto e fissato nel fegato.

Invece quando si esperimenta con fegato esportato nel periodo della digestione, si avverte una cospicua distruzione, sia del grasso preesistente nell'organo, sia del grasso aggiunto al sangue circolante. Anche in questo caso, tutto il grasso aggiunto al sangue circolante è rapidamente sottratto dal sangue, e la parte che non è stata distrutta si ritrova nell'organo. Risulta quindi che di fronte ai grassi, il fegato non esercita sempre una medesima azione, e che nel periodo della digestione alimentare viene fornito al tessuto epatico un qualche cosa che gli è necessario per poter esplicare una efficace azione per l'utilizzazione dei grassi.

La particolare attitudine del fegato a fissare i grassi contenuti in eccesso nel sangue, e la sua incapacità alla rapida distruzione del grasso, quando non si trova nel periodo della digestione, ci può illuminare sul meccanesimo della genesi del fegato grasso nella lipemia da digiuno ed in altre lipemie patologiche.

Il prof. L. NICOTRA ripiglia ora in seno all'*Accademia* il suo studio intorno alla paleoflora mediterranea.

G. V.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Malaria e leucemia.

J. W. Macfesie (*Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 15 marzo 1920) ha avuto occasione di osservare due casi di leucemia, in cui un intercorrente accesso malarico ha fatto diminuire notevolmente il numero dei leucociti. Questi, che erano in quantità di 326.250, si abbassarono durante il periodo degli accessi malarici a 10;.870 e fino a 62.900. Sottoposto l'ammalato a cura chininica, scomparvero le febbri malariche ed il numero dei leucociti andò gradatamente aumentando, finchè, una ventina di giorni dopo iniizata la cura chininica, i leucociti erano ritornati al numero primitivo. Trattavasi, in un caso, di leucemia mielogena, nell'altro di leucemia linfatica.

fil.

Un sintomo dell'infezione malarica.

Il dott. R. Pagniello (Melfi, tip. Liccione) ha osservato che nei malarici, la moderata pressione a striscio sul nono spazio intercostale sinistro, fra l'ascellare media e la posteriore, risveglia costantemente una sensazione dolorosa, talvolta assai viva, come esprimono le contrazioni muscolari del viso e del tronco. Il punto dolorifico può, in qualche caso essere spostato all'ottavo od al decimo spazio. La sensazione dolorosa, poi, si

attenua e cessa, continuando a strisciare ad a premere.

Nei soggetti iperestesici, per non provocare il solletico, si adagia dapprima il palmo della mano sulla regione splenica, spostandosi poi lentamente con il dito, fino a ricercare il punto dolorifico.

Tale sintomo non si osserva nelle altre malattie con ingrossamento della milza, mentre è costante nei malarici, anche in casi nei quali l'infezione malarica è oscura o latente. *l. b.*

Sopra una formula di chinino per il trattamento della febbre malarica.

Bruce Mayne in *Journ. Amer. Med. Assoc.* (11 ott. 1919), dopo aver fatto notare come la lotta contro la malaria sia una di quelle che più interessano la salute pubblica, e come per essa sia necessaria la collaborazione sia del medico che del paziente, si propone di trovare una cura; che riesca efficace alla distruzione del parassita e quindi alla soppressione del male.

Il difetto principale consiste nelle piccole quantità delle singole dosi di chinino e nella insufficiente lunghezza del trattamento. Il comune dosaggio varia da 75 a 125 cg. al giorno per i casi attivi e, quando i sintomi clinici scompaiono, il trattamento è sospeso, senza ricorrere a successivi esami microscopici, e senza prevedere una instabilità clinica che si risolva in una recidiva.

Queste difficoltà aprono la via a uno sforzo verso la «standardizzazione». La formula proposta dall'A. prescinde dai casi gravi e con sintomatologia atipica, e tiene presente una sola via di somministrazione, la orale.

Si avverta che una formula ideale deve provvedere:

1° Al benefizio del paziente con l'eliminazione dei sintomi clinici;

2° Al distruggere i plasmodi nel circolo periferico e a impedire la formazione di forme sessuate;

3° A prevenire la produzione di parassiti non attaccabili dal chinino (così dette forme resistenti);

4° A impedire il ripresentarsi di sintomi clinici, manifestazione di una rinnovazione di forme asessuate.

La formula che dà l'A. considera la somministrazione per un minimo di 75 giorni, divisi in quattro periodi:

1° grammi 2 e mezzo al giorno per cinque giorni, in quattro dosi giornaliere. Alla fine di questo periodo dovrebbero scomparire gli attacchi vari e i brividi; e nel sangue trovarsi solo anelli giovani e gametociti maturi;

2° Grammi 1,25 al giorno per dieci giorni. Verso la metà di questo periodo il paziente sarà probabilmente fuori del letto e apparentemente normale, senza brividi e febbre. Nel sangue non parassiti, salvo i gameti;

3° Grammi 0,60 al giorno per venti giorni, eventualmente con l'aggiunta di arsenico. Il paziente sarà in grado di tornare al suo lavoro. Nel sangue, solo gameti.

4° Grammi 0,30 al giorno per quaranta giorni. Il paziente apparirà guarito del tutto. Nel sangue solo gameti presto scomparenti o in via di dissoluzione, di potenza trascurabile.

Questo sistema è praticamente attuabile solo in soggetti controllabili. Le condizioni migliori a questo scopo si verificano tra i militari.

Riguardo alle difficoltà incontrate nel trattamento della malaria, probabilmente il punto di vista più essenziale è la considerazione della cronicità della malattia. È ben noto che la maggioranza dei pazienti non possono indursi a prendere chinino in quantità sufficiente per un sufficiente periodo di tempo, sì da ottenere la guarigione o quanto meno prevenire una recidiva in breve scadenza.

Ciò è specialmente constatato dai medici che esercitano nel delta del Missisipì, molti dei quali hanno confessato all'A. di ospitare essi stessi dei parassiti malarici, senza tener conto di sradicarli, contentandosi, alla pari dei pazienti da essi curati, di ottenere una temporanea cessazione dei sintomi dell'attacco febbrile.

D'altra parte è esperienza comune che le forme croniche di malaria si sviluppano attraverso il fatto che le dosi iniziali sono troppo piccole, che il trattamento è troppo presto sospeso.

Una campagna sistematica di pubblicità su queste basi potrà arrecare grande benefizio, rimuovendo uno stato di cose che non può attribuirsi a ignoranza, ma a ciò che l'A. chiama « fatua indifferenza ». SEB.

Iniezioni sottocutanee di chinino.

Le iniezioni sottocutanee di chinino, specialmente nei bambini, provocano spesso necrosi. Per ovviare a tale inconveniente, M. Klotz (*Therap. Halbmonatsh.* 1920, n. 5) consiglia di sciogliere in soluzione sterile di gelatina (g. 0.25 in un cmc.), da iniettarsi nella fascia glutea. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1133) *Nella blenorragia uretrale cronica.* Al dott. L. D'Orazio, Villalago:

La tenacia di molte blenorragie uretrali croniche è spesso dovuta al fatto che il processo si è diffuso all'uretra posteriore ed alla prostata. Giovano in questo caso le causticazioni della mucosa dell'uretra posteriore con soluzione di ni-

trato di argento praticate mediante l'apposito strumento di Guyen, le lavande vescico-uretrali col nitrato di argento, oppure i due metodi combinati insieme mercè l'apparecchio da me ideato (v. *Policlinico*, sezione pratica, 1907).

Contro la prostatite cronica, che si dimostra con l'esplorazione della prostata dal retto e per la presenza di numerosi filamenti ad uncino nelle ultime porzioni di urina, si adopera il massaggio.

In caso di restringimenti uretrali, bisogna naturalmente ricorrere alla dilatazione graduale con sonda di gomma o metallica. V. MONTESANO.

(1134) *Pigmentazioni cutanee da medicinali.* — All'abb. n. 9125:

Se trattasi di vera alterazione del pigmento (iperpigmentazione), si legga quanto fu pubblicato nella posta degli abbonati, a proposito della vitiligine, nel numero 18, pag. 519 della Sezione pratica, 1920 V. MONTESANO.

(1135) Al dott. G. B. C. da Torino:

Sulle *paralisi radicolari del plesso brachiale* consultare Dejerine: *Séméiologie du système nerveux*, ultima edizione, ed. Masson, Parigi.

dr.

(1136) All'abbonato n. 5071:

Indichiamo il *Ricettario Terapeutico* di A. Rubino edito dalla Casa Vallardi. *dr.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

O. NORDMANN. *Praktikum der Chirurgie*, seconda edizione ampliata e completamente rimaneggiata. Urban e Schwarzenberg, editori, Vienna, 1919. — Mk. 32.

L'A. è ben lungi dalla pretesa di aver compilato, con questo volume, un'opera scientifica: egli ha voluto soltanto « gettare un ponte fra le cognizioni dell'Università e la pratica al letto dell'ammalato ». E bisogna riconoscere che ha egregiamente raggiunto lo scopo. Il libro ha per motto: « non fare agli altri ciò che non vuoi sia fatto a te » e perciò l'A. insiste nella « Parte generale » su i più sani e fondamentali precetti della moderna chirurgia che devono formare la base di ogni corretta e coscienziosa pratica chirurgica: vengono date norme tecniche precise anche per i più comuni ed umili atti chirurgici, come fasciature, apparecchi, mezzi di pronto soccorso, suture, ecc. e sono sobriamente svolti i concetti generali sulle forme morbose chirurgiche. Nella « Parte speciale » sono trattati nel modo più conciso e chiaro possibile i diversi capitoli della chirurgia, dando maggior rilievo a quelli che rivestono maggiore importanza pratica, sorvolando su quelli che sono oggetto di particolari « specialità » e non perdendo mai di vista lo scopo pratico e la buona tecnica operatoria.

L'abbondanza e chiarezza di figure molto opportunamente scelte, di radiografie e tavole, mette in maggior valore la già cospicua praticità dell'opera. In conclusione questo non è « Trattato » per chi sia già bene addentro alle « segrete cose » della chirurgia, ma ci sembra invece realmente prezioso e consigliabile per tutti quei medici, assistenti o studenti che siano all'inizio della loro attività chirurgica e vogliano ad essa dedicarsi con coscienziosa preparazione. E per essi infatti è scritto. SALVADORI.

WINTER G. *Die Indikationem zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.* — Un vol. in-8° di 317 pag. Urban e Schwarzenberg, ed. Berlino e Vienna. Prezzo Marchi 15.

L'interruzione della gravidanza costituisce uno di quei problemi che vanno ponderati caso per caso, in cui la decisione può dedursi solo dalla considerazione di tutte le circostanze che nella fattispecie possono o meno consigliare l'intervento. Essa rappresenta uno dei più seri casi di coscienza che possono presentarsi al medico, ed è tanto più delicato in questi momenti, in cui è necessaria la massima economia di vite. Giustamente osserva l'A. che, in tale occasione, il medico deve astrarre da qualsiasi considerazione sociale; l'indicazione deve esser puramente medica e basata sopra una diagnosi sicura, che deve tener conto unicamente dei fatti obbiettivi. Nella parte speciale, l'A. passa in rivista tutte le diverse indicazioni, che possono condurre all'interruzione di gravidanza, quali le tossicosi, la tubercolosi, le nefriti, malattie del ricambio, ecc. I vari capitoli sono corredati da storie cliniche.

l. b.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici stranieri.

La presidenza dell'Ordine dei Medici di Porto Maurizio ha diramato a tutti gli Ordini del Regno una circolare di cui riportiamo larga parte:

Comincia la calata di medici che, forniti di laurea *italiana*, rilasciata in pochi giorni da larve di Commissioni di esami a medici per la grandissima maggioranza incapaci di pronunciare una frase italiana, purchè fossero soddisfatti irrisorii diritti di Segreteria, domandano come se nulla fosse accaduto e come se il mondo non fosse cambiato con una revisione di concetti e di valori a cui nulla si sottrae, l'iscrizione degli Albi italiani.

Il Consiglio Amministrativo di quest'Ordine, sulla domanda presentata dal dott. B..... rispondeva col seguente deliberato:

« Visto che l'art. 2 della Legge 1910 n. 455 stabilisce che: « possono », non che « debbono » essere inscritti nell'Albo gli stranieri che abbiano i godimenti dei diritti civili e che abbiano conseguito il diploma professionale in Istituto del Regno autorizzato a rilasciarlo e che analogamente era disposto per le donne prima che avessero conseguito il godimento di tutti i diritti civili;

« Visto che l'inscrizione nell'Albo di uno straniero non costituisce un diritto per quest'ultimo, ma dipende dalla potestà del Consiglio di Amministrazione d'iscriverlo oppure no;

« Il Consiglio, considerato che ai Medici italiani in Isvizzera non è concesso di esercitare la loro professione se non dopo lunghi anni di studio, seguendo regolarmente i corsi Universitari come studenti e non come laureati in medicina, non ritiene dovere iscrivere nell'Albo uno straniero di nazionalità svizzera-tedesca tanto più avendo questi conseguita la laurea italiana dedicandovi solo otto giorni, cioè dal 21 al 28 novembre 1913 come risulta dai documenti esibiti.

« I Medici italiani da anni chiedono per la dignità degli studi compiuti negli Atenei nazionali, la reciprocità di trattamento che finora fu solo loro accordata dalla potente Inghilterra e dal sapiente Giappone.

« La Svizzera non ha creduto di accordarla ed i Medici svizzeri chiedono leggi restrittive gridando: « La Svizzera ai Medici svizzeri » (vedi « Gazzetta di Losanna », 29 novembre 1919).

« A prescindere dalle suesposte considerazioni, il Consiglio non rietiene di poter inscrivere nell'Albo una persona contro la quale esiste un procedimento penale per esercizio abusivo della professione ».

La circolare fa appello ai sentimenti di colleganza e sopratutto di solidarietà in una questione di così grande portata scientifica e professionale perchè i Consigli dell'Ordine non inscrivano negli Albi se non Medici appartenenti a *Nazioni che accordino la reciprocità di trattamento*, rifiutando gli altri anche se si tratti dei « cosidetti » laureati in Italia.

ATTI PARLAMENTARI.

Gli aspiranti medici.

All'on. Calò che lo aveva interrogato sul mancato congedamento degli ufficiali medici studenti delle classi 1896, 1897, 1898 e anteriori, l'ex Sottosegretario alla guerra, on. Ciappi, ha risposto:

« Il congedamento non fu esteso agli aspiranti medici fuori corso, per non determinare disparità di trattamento tra essi ed i colleghi della medesima anzianità di iscrizione universitaria i quali, per essersi tempestivamente laureati, oltre ad essere trattenuti in servizio, già da tempo si trovano impiegati in sedi lontane da quelle di loro abituale residenza o destinati in zone d'oltre mare. D'altra parte col recente congedamento delle terze categorie e col disposto congedo dei medici ed aspiranti medici della classe 1893 il loro numero verrà notevolmente a diminuire, appartenendo gli studenti di tale categoria in gran parte a detta classe. E' inoltre da considerare che sono stati assegnati, accogliendo le domande dei singoli, a servizi dislocati nei rispettivi centri di studio e che ad essi vengono usate tutte le agevolazioni possibili perchè la frequenza scolastica non abbia ad essere di troppo ridotta. Ed infine non va trascurata la considerazione che dal luglio 1919, data del termine della loro iscrizione legale, ad oggi i più volonterosi, e cioè non pochi, sono riusciti a laurearsi. Gli aspiranti medici iscritti al sesto anno sono stati poi trattenuti ancora alle armi perchè di fatto nessun turbamento ai loro studi deriva dal provvedimento, trovandosi essi attualmente in licenza straordinaria che si concluderà a fine luglio prosimo. E mentre, nel frattempo, i più anziani sono collocati in congedo contemporaneamente ai laureati delle stesse classi, a quell'epoca i più giovani delle classi posteriori al 1896, che abbiano già conseguito il diploma, dovranno costituire la minima riserva indispensabile perchè il congedamento degli ufficiali medici possa essere messo alla pari di quello degli ufficiali d'arma ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Colonie estive elioterapiche.

Nell'intento di dare il maggior impulso all'assistenza profilattica dell'infanzia, il Ministero dell'Interno raccomanda la istituzione delle colonie estive alla campagna, poste in vicinanza dei centri abitati, dove i fanciulli sono assoggettati la intera giornata al trattamento solare e la sera ritornano alle loro case.

Questa forma di colonia che è molto comoda ed assai meno costosa, com'è ovvio, in confronto delle ordinarie colonie climatiche, ne ha gli stessi effetti curativi, ottenendosi in essa, se bene attuata, brillanti, risultati nelle malattie glandolari e delle ossa, gracilità, anemia, rachitismo, che finora erano ritenute di esclusivo dominio delle cure marine e montane.

E, poichè le colonie estive elioterapiche da noi possono stabilirsi dovunque, nella stessa pianura

e lontano dal mare, si potrà ricorrere largamente all'attuazione di esse, allo scopo di fronteggiare meglio che per l'addietro il grave problema della assistenza profilattica dei fanciulli, di cui ora sono troppo numerosi coloro che sebbene bisognosi non trovano accoglimento per difetto di mezzi nelle ordinarie istituzioni climatiche.

La circolare consiglia di cominciare coll'istituire nuclei anche limitati di colonie elioterapiche, perchè la dimostrazione della bontà ed efficacia del metodo, che indubbiamente se ne avrà, sarà incentivo per l'avvenire all'estensione sempre maggiore della sua applicazione. *a. p.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8316) *Medico di bordo.* — Dott. G. F. da M. Il medico, cui allude, per viaggiare come medico di bordo deve munirsi di regolare diploma non essendo sufficiente il servizio prestato come ufficiale di complemento della marina. Il certificato del servizio prestato in marina può essere prodotto come titolo per ottenere il diploma.

(8317) *Medico interino - Caro-viveri.* — Dott. G. D. N. da C. Il medico interino, salvo speciali patti e condizioni stabilite all'atto di nomina, può essere sempre licenziato perchè egli non acquista mai la stabilità. Anche essendo lo stipendio di lire 30 giornaliere si può aver diritto alla indennità caro-viveri sempre che l'interino ricopra un posto previsto nella pianta organica regolarmente approvata ed il titolare della condotta sia mancante e non temporaneamente assente. Contro la deliberazione di licenziamento non sembra sia il caso di ricorrere.

(8318) *Ambulatorio medico chirurgico.* — Dottor G. F. da V. Non occorre iscriversi all'ordine dei sanitari dell'altra Provincia per aprire l'annunziato ambulatorio medico-chirurgico. Basta osservare il disposto dell'articolo 65 della vigente legge sanitaria e l'articolo 83 del Regolamento 3 febbraio 1901 n. 45.

(8319) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. A. da G. Ella ha diritto alla indennità caro-viveri come è stabilita dal D. L. del 9 marzo 1919 n. 338, oltre lo stipendio nella misura testè stabilita dalla G. P. A. Non ha più diritto ad avere le lire 24 di caro-viveri che prima godeva in quanto che il decreto di marzo, più sopra indicato, ha revocato il precedente del luglio 1917 n. 1181.

(8321) *Servizio sanitario presso la R. Guardia.* — Dott. N. T. da B. Presso il corpo della R. Guardia non esistano per ora medici speciali.

(8322) *Medici di brefotrofio - Limiti di età.* — Dott. abbonato 7330. I medici dei brefotrofi non sono medici condotti. Per cui può essere, quindi, posta dalle singole amministrazioni, qualsiasi condizione per partecipare ai concorsi, non esclusa quella del limite di età, che può essere lasciato anche libero.

Perciò nulla di anormale se abbia partecipato al concorso un professionista di 60 anni di età, sempre che sia francamente idoneo a sostenere la carica.

(8323) *Medici condotti provvisorii. - Stabilità.* — Dott. G. R. G. da G. I medici condotti provvisori, nominati senza concorso, non diventano mai stabili. Possono, pertanto, essere sempre licenziati.

(8324) *Capitolato medico. - Approvazione. - Validità.* — Dott. U. V. da S. Il capitolato redatto di ufficio dalla Giunta amministrativa essendo stato approvato prima di quello redatto dal Comune, ha prevalente obbligatorietà per ragione di data. Per lo eventuale aumento di retribuzione in esso pattuito il Comune può ricorrere al Consiglio superiore di sanità ai termini dello articolo 26 della legge sanitaria.

(8326) *Compenso per servizio prestato.* — Dott. abbonato 8802. Anche noi crediamo che abbia diritto a compenso dal giorno in cui ha preso servizio sul vapore che trasportava emigranti. Però deve rivolgersi al R. Console che la incaricò di disimpegnare il servizio di R. Commissario a bordo.

(8327) *Ufficiale sanitario - Stabilità.* — Dott. Z. da Z. L'ufficiale sanitario, nominato definitivamente dal prefetto, è stabile perchè rimane esonerato dal periodo di prova. Ella, quindi, non può più essere licenziato perchè stabile. In ogni caso il licenziamento non potrebbe essere di competenza del comune, ma bensì del prefetto della Provincia. Nè il Comune potrebbe dissimularlo involgendolo in una eventuale modifica della pianta organica, perchè il posto di ufficiale sanitario è obbligatorio per legge, e non può essere coperto dal medico condotto quando esiste nel paese altro libero esercente. Nulla ancora per l'indicato progetto di legge.

(8328) *Pagamento stipendi arretrati.* — Dott. U. D. P. da M. Per ottenere il pagamento degli stipendi arretrati, in vista dell'esito negativo ottenuto dalle pratiche esperite coll'esattore comunale, non resta che citare il Comune dinanzi l'autorità giudiziaria, munirsi di una sentenza di condanna, ed in base ad essa procedere al sequestro delle rendite patrimoniali.

(8329) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da F. A nostro avviso anche Ella ha diritto alla indenità caro-viveri purchè ricopra un posto privo di titolare. Deve fare la domanda in carta da bollo al Sindaco in base al D. L. del 9 marzo 1919 n. 338.

(8331) *Carne macellata destinata ad altri Comuni.* — Dott. A. T. da V. Poichè il certificato è richiesto nell'esclusivo interesse privato perchè senza di esso non sarebbe possibile il commercio della carne macellata, crediamo che ben possa esigersi compenso.

(8333) *Servizio di condotta ed ospedaliero.* — Dott. U. C. da S. Essendo l'amministrazione autonoma, crediamo, che Ella ben possa dimettersi dala carica di medico di reparto del nosocomio per conservare solo quella di medico condotto.

(8334) *Medico condotto ed ufficiale sanitario.* — Dott. C. C. da P. Può, con i titoli che possiede ben esercitare la carica di ufficiale sanitario, ma non può contemporaneamente dirigere una farmacia, perchè queste sono soggette a sorveglianza da parte dell'Ufficiale sanitario.

(8335) *Limite di età per concorsi a medico condotto.* — Dott. G. T. da S. P. di C. Per coloro che non provengono dai medici condotti, occorre osservare il limite di età, che è di volta in volta stabilito dai Comuni nei concorsi a medico condotto.

(8336) *Ricchezza mobile per smobilitati.* — Dott. abb. 1717. Non consta che esista un decreto con cui vengono esonerati i militari smobilitati dall'obbligo di pagare la imposta di ricchezza mobile per un triennio.

(8337) *Nomina a medico condotto. - Riduzione al organico. - Danni. - Rinunzia alla stabilità.* —

Dott. V. S. da P. La Corte di Cassazione di Torino con decisione del 29 giugno 1917, la più recente in materia, sentenziò che il vincolo contrattuale col Comune per la nomina a pubblici impieghi non sorge con la designazione fatta dalla Commissione giudicatrice del concorrente meritevole, ma nomina regolarmente fatta. È da questo atto che nasce il diritto personale del concorrente e la conseguente eventuale azione di farlo riconoscere in giudizio. Epperò fino a quando la nomina non avviene il Comune può anche, come nel caso, ridurre il numero delle condotte e non dare alcun seguito alla designazione, e ciò senza tema di rifusione di danni. Non è possibile, perchè vietato come atto contrario allo spirito della legge, rinunziare alla stabilità.

(8339) *Obblighi del medico condotto. - Certificati.* — Dott. R. C. da A. Il medico condotto a cura piena che pretende dagli abbienti il pagamento delle visite è responsabile della infrazione verso l'amministrazione municipale: verso il privato risponde di *salutio indebiti*, ai sensi dello articolo 1145 e segg. del Codice civile. Il medico a cura piena è obbligato al rilascio gratuito di tutti i certificati di sana costituzione fisica, per qualsiasi scopo richiesti. Il chirurgo a cura piena, oltre le operazioni che rivestono il carattere di urgenza deve seguire gratuitamente anche tutte le altre, senza aver diritto a speciale compenso.

(8341) *Comuni sgombrati. - Provvedimenti per sanitari.* — Dott. C. A. da A. Perchè si possa conoscere se e quali provvedimenti speciali furono adottati a favore dei sanitari dei Comuni sgombrati, dovrassi rivolgere istanza ovveramente semplice domanda al Ministero delle terre liberate.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE

Al senatore prof. Battista Grassi è stata assegnata la Mary Kingsley Medal in occasione della solenne inaugurazione dei nuovi edifizi della Scuola di Medicina Tropicale di Liverpool.

E' questo un leale riconoscimento da parte inglese, del merito che spetta al nostro connazionale nella scoperta del ciclo vitale extra-umano dei parassiti malarici. Com'è noto, questo merito gli era stato aspramente conteso da Ronald Ross, il quale con una tenace campagna aveva tentato di screditare lo scienziato italiano.

Il prof. Celso Pellizzari, direttore della R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze, è stato recentemente nominato membro della Reale Accademia di Medicina di Londra.

Inviamo i rallegramenti del « Policlinico » all'eminente dermatologo per l'alta distinzione che è altresì un omaggio reso alla scienza medica Italiana, di cui il Pellizzari è uno dei più insigni rappresentanti.

Alla direzione sanitaria delle R. Terme di Sant'Andrea di Medesano è stato chiamato il professore Adriano Valenti della R. Università di Parma.

Il prof. Werner Hueck, docente privato ed assistente all'Istituto di anatomia patologica a Monaco, è stato chiamato dalla Facoltà medica di Rostock a coprire la cattedra di questa disciplina quale successore di E. Schwalbe.

La Facoltà medica di Vienna ha chiamato il prof. Ludovico Aschoff di Friburgo i. Br. a dirigere l'Istituto di anatomia patologica.

CONDOTTE E CONCORSI.

CRESCENTINO (*Novara*). — Condotta residenziale; L. 4000 più L. 3 per ogni povero; L. 300 per trasporto. Scad. 20 luglio.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignole Sale (Ospedali Galliera).* — Concorsi ad 1 posto di Chirurgo Primario e ad 1 posto di Chirurgo Primario Specialista Pediatria; L. 6.000 lorde. Laureà da almeno 6 anni; età massima 50 anni. Scad. ore 16 del 15 luglio. Chiarimenti dalla Segreteria, via A. Volta, 8, dalle ore 10 alle 10 dei giorni non festivi.

MANCIANO (*Grosseto*). — Condotta residenziale per Saturnia; L. 7000 e 10 trienni del ventesimo, L. 1000 per cav. Scad. 31 luglio.

MELE (*Genova*). — Condotta poveri; L. 4000 e L. 200 quale uff. san. Scad. 20 luglio.

OPPEANO (*Verona*). — 1ª condotta; L. 7000 per circa 1150 poveri su 2900 abit., 4 quinquenni del decimo, L. 1800 per mezzi trasp., caro-viveri. Scad. 31 luglio.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Due condotte; lire 6000 oltre L. 2000 per residenza disagiata e indenn. caro-viv., ecc. Scad. 31 luglio.

SUNO (*Novara*). — Condotta residenziale; lire 4000, oltre L. 1000 per uff. san., L. 1800 per mezzi trasp., caro-viv. Scad. 31 luglio.

TRIESTE. *Cassa Distrettuale per l'assicurazione di malattia dei lavoratori.* — Medico dentista; L. 12.000; durata minima del contratto due anni. Orario normale di lavoro 4 ore. Offerte, indicando i dati della propria pratica, alla Cassa entro il 15 luglio.

VERONA. — Sei medici circondariali; L. 6023.10 per gli interni, L. 6652.30 per gli altri, indennità trasporto (L. 500 opp. L. 1000), con 4 quinquenni del decimo. Due anni di pratica. Scad. 15 luglio.

Medico-chirurgo trentacinquenne, titoli prevalentemente chirurgici, cerca interinato o sostituzione collega Condotta od Ospedale o casa di cura chirurgica. Corrispondere Farmacia Lame - Bologna.

Diffide.

Nuove diffide: S. Lorenzo in Campo (Pesaro), Potenza Picena e Treia (Macerata), Modena.

Revoca di diffide: Isola S. Antonio (Alessandria).

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di medicina legale ed igiene del lavoro.

La sera del 21 giugno, nella sala dell'albergo Minerva in Roma, ebbe luogo un banchetto, col quale i dottori Maggi, Angelini, Scarano, Casciarro, Arbore, Giaccanelli, Musacchio, Marucchi, Benedetti, Renzetti, Galeazzi, Mazzone, Monacelli, D'Alessio, Terenzoni, Giorgini, Nanni, Mariani e Ricotti hanno inteso di festeggiare la chiusura di questo importantissimo corso ed onorare i loro professori Ottolenghi, Loriga, Diez, Ascarelli, Puntoni e Bellussi. Il Dr. Maggi a nome dei colleghi, ringraziò vivamente i maestri illustri: il prof. Ottolenghi rispose con un indovinato discorso, che chiuse degnamente la bella e cordiale festa della scienza.

I figli della guerra.

A Portogruaro (Venezia) funziona da oltre un anno l'Ospizio dei figli della guerra eretto in ente morale, dovuto alla iniziativa ed alla volontà di un sacerdote fervente patriota ed uomo di cuore, il prof. Celso Costantini, che passò tutto il tempo della guerra nella zona di operazioni. Subito dopo la liberazione delle terre invase ritornò colà, e sua prima cura fu di pensare ai bambini nati o che dovevano nascere, concepiti durante l'invasione da donne in gran parte maritate che o hanno ceduto alla brutale violenza del nemico o si son date per procurare il cibo ai loro bambini affamati. Con pochi mezzi aprì un Ospizio con l'aiuto del Ministero delle terre liberate e della carità privata, e colà trovaron rifugio tutte quelle donne fuggite o cacciate di casa vittime della terribile tragedia in attesa del parto; poi vi rimasero oltre 306 bambini.

Il dott. Pietro Fasca, medico chirurgo di Portogruaro, con abnegazione e gratuitamente si occupa della cura dei ricoverati, e la signora Emma Manacorda dopo aver assistito come infermiera della C. R. i soldati per tutto il tempo della guerra, si è chiusa nelle bianche e pietose stanze dell'Ospizio curando in silenzio questo doloroso postumo della guerra.

Il contributo del Governo non sufficiente per i grandi bisogni dell'Istituto viene integrato dalla carità privata, ma occorrono grandi aiuti per trasformare l'ospizio in colonia agricola per quando i piccini cresceranno e verranno avviati al sano lavoro dei campi. P. A.

Per i bambini delle terre liberate.

La C. R. I. si è vivamente occupata per prestare aiuto a 20,000 bambini circa, delle cinque provincie già invase dal nemico, in condizioni di grave deperimento fisico. Gruppi di bambini si sono inviati al Sanatorio marino di Valdoltra vicino a Trieste, all'ospedale territoriale « Regina Elena » in Roma, alla colonia marina di Porto Santo Stefano alle falde del monte Argentario.

Beneficenza.

L'ing. Vincenzo Tonni-Bazza da Volciano (Brescia) morto a soli 42 anni il 19 aprile 1920 ha lasciato in beneficenza oltre la metà del suo patrimonio conquistato dal nulla per virtù di ingegno e di ammirevole volontà. Il lascito supera i *due milioni* di lire.

La generosità di quest'uomo d'animo nobilissimo va ricordata ed additata ad esempio.

Nel giornalismo medico.

È uscito il primo fascicolo degli *Acta Dermato-Venereologica*, nuovo periodico internazionale pubblicato dal prof. Johan Almkvist di Stoccolma, assistito dai proff. S. Mendes de Costa di Amsterdam e E. Bruusgaard di Kristiania, coadiuvato da dermatologi olandesi, svedesi, norvegesi, finlandesi.

Si occuperà di tutte le questioni scientifiche relative alla dermatologia, sifilografia, venereologia ed alle discipline sessuali. Accoglierà lavori originali di autori appartenenti a qualsiasi paese, senza alcuna differenza di nazionalità, redatti nelle lingue francese, inglese o tedesca; fatti clinici, notizie tereopatiche, riviste. Per i paesi scandinavi e limitrofi gli *Acta Dermato-Venereologica* daranno un resoconto diligente della letteratura, società scientifiche, ecc.

Scopo del periodico è di tenere a contatto i medici della specialità.

Gli *Acta Dermato-Venereologica* sarranno pubblicati in fascicoli senza periodicità fissa. Ogni volume consterà di non meno 500 pag in ottavo. Gli abbonamenti dovranno essere indirizzati agli Acta Dermato-Venereologica, Sjukhuset S:t Göran, Stockholm (Svezia). Il prezzo di ogni volume è di corone svedesi 20; dato il cambio attuale, il prezzo del I volume sarà di lire 50.

La crisi della stampa medica in Inghilterra.

Il Consiglio dell'Associazione Medica Britannica ha deliberato di chiedere ai propri soci un contributo supplementare del 50 % a favore del *British Medical Journal*, organo dell'Associazione, per il quale — malgrado le forti economie realizzate con la riduzione nel numero delle pagine, la minore tiratura, ecc. — si prevede un *deficit*, a fin d'anno, di circa 3500 sterline, ossia 500.000 delle nostre lire correnti incirca.

Una cattedra di Eugenica a Londra.

È stato inaugurato a Londra, dal Ministro della salute, un Istituto di eugenica e statistica applicata, annesso all'Università di Londra, intitolato a Francis Galton, il fondatore dell'eugenica. Sarà diretto dal prof. Karl Pearson.

Il nuovo Istituto, che si deve alla compagnia Draper, sorge in edifici magnifici, ma ancora imperfettamente arredati; onde l'Università di Londra ha autorizzato un appello per ottenere una sovvenzione annuale di altre cinque mila sterline.

Lotta contro il cancro in Francia.

Per intensificare la lotta contro il cancro in Francia, il sig. Le Troquer ha preso l'iniziativa di una proposta per la fondazione di un dispensario-ospedale autonomo, scientificamente annesso all'Istituto di Radium dell'Università di Parigi. A questo dispensario-ospedale verrebbero affidati due grammi e mezzo di radium acquistati mediante credito di due milioni e mezzo.

Per gli studenti stranieri in Francia.

Con decreto del 15 marzo vennero stanziati dei crediti per esonerare gli studenti stranieri in Francia dal pagamento delle tasse scolastiche, allo scopo di favorire l'affluenza degli studenti di altri paesi e di promuovere la diffusione della coltura francese.

I giovani che solleciteranno l'esenzione dovranno dar prova di avere una conoscenza discreta della lingua francese.

Per la natalità in Francia.

È stato creato in Francia un Consiglio superiore della natalità; ne fanno parte, fra gli altri, il ginecologo Pinard, che ha speso molta parte della sua attività a favore della puericoltura, e lo statistico Bertillon.

Il Consiglio si divide in tre sezioni cui sono

commesse rispettivamente le misure atte a provocare l'aumento della natalità, relative alla protezione delle puerpere e della prima infanzia, relative alla protezione delle famiglie numerose.

Per lo studio dell'encefalite letargica.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha nominato una commissione per lo studio dell'encefalite letargica; essa è risultata così costituita: Chauffard, Netter, Widal, Achard, Pierre Marie, de Lapersonne, Léon Bernard.

* * *

Il Ministero dell'Igiene, dell'Assistenza e della Previdenza sociale in Francia ha ordinato una vasta inchiesta sull'epidemiologia dell'encefalite letargica.

L'inchiesta ha portato ed accertare la contagiosità della malattia, a far escludere i rapporti causali con la poliomielite ed a far ammettere quelli con l'influenza.

(*Bull. Ac. Med.*, 18 mag. 1920).

L'Associazione americana dei redattori di giornali medici

ha tenuto la sua 51ª adunanza annuale a New Orleans. Il presidente S. Harris pronunziò il discorso d'apertura sul tema: « Il più grande bisogno della Nazione: un ministero della sanità ». Vennero poi svolti i seguenti temi: F. L. Hoffmann, L'assicurazione contro le malattie e il pubblico; A. N. Thompson, I giornali medici e i problemi dell'igiene sociale; H. S. Cumming, I servizi sanitari pubblici; M. M. Smith, L'assicurazione sulla vita come una specialità; A. T. Mc Cormack, I rapporti tra giornali medici e stampa profana; L. F. Barker, Gli obblighi dei medici internisti verso la stampa medica; G. W. Crile, Gli obblighi dei chirurghi verso la stampa medica; C. Cross, I giornali medici e l'insegnamento medico; O. Dowling, Giornali medici e ciarlatanismo medico; A. L. Benedict, Etica della rèclame; H. S. Baketel, Elevamento del livello letterario dei giornali medici; ecc.

(*Boston M. a. S. Journ.*).

Dipartimento Federale per la Salute Pubblica nel Brasile

Una legge, sanzionata dal presidente Pessoa il 20 gennaio, ha creato nel Brasile un Dipartimento Federale di Sanità, che comprende tre uffici: uno di sanità rurale, uno di sanità marittima e fluviale e l'ufficio sanitario di Rio de Janeiro; ne fanno parte, inoltre, numerose sezioni: ingegneria sanitaria, statistica sanitaria, profilassi della lebbra e delle malattie veneree, tutela dell'infanzia, ispezioni delle professioni sanitarie, vigilanza sui cibi e le bevande, fognature; il Dipartimento verrà assistito da un Consiglio Supremo d'igiene e sanità. Le spese d'amministrazione verranno coperte in parte dalle tasse per il commercio di sieri e vaccini, sulle bevande alcooliche, sulle stazioni di cura, sui clubs e i casini da gioco. (*Amer. Journ. Publ. Health*).

Le assicurazioni contro le malattie in Germania

Il limite massimo dei proventi che rendono obbligatoria l'assicurazione contro le malattie, è stato portato, in Germania, a 20.000 marchi l'anno.

Con questo provvedimento i 9/10 della popolazione rientrano nell'assicurazione obbligatoria, rimanendo sottratti ai medici liberi esercenti.

Siccome non solo stati innalzati, correlativamente, i compensi ai medici addetti alle assicurazioni, la professione medica, nel suo insieme, viene ad essere sensibilmente danneggiata.

(*Deutsche mediz. Woch.*, 15 apr. 1920).

Corsi di perfezionamento.

Dal 12 al 18 settembre avrà luogo a Carlsbad l'annunziato corso di perfezionamento per i medici, con speciale riguardo alla balneologia.

Le conferenze saranno tenute da reputati studiosi di tutti i paesi: Strümpell, Schmidt, Strasburger, Abderhalden, Döderlein, Schittenhelm, Brauer, Leo, Pässler della Germania, Wenckebach, Jagic, Singer, Wagner, Jauregg, dell'Austria, Samberger e Wiechoroski della Czeco-Slovacchia, Einhorn di New York, Marchiafava di Roma, v. d. Bergh di Utrcht, Holmgren di Stoccolma, Laache di Cristiania, Petrén di Lund, Faber di Copenaghen. Per informazioni rivolgersi al dott. Edgar Ganz in Karlstadt.

La Facoltà medica di Vienna, d'intesa con altre organizzazioni mediche, ha preparato una serie di corsi di perfezionamento, per i mesi di luglio, agosto e settembre. Per informazioni rivolgersi al Decanato della Facoltà, Wien I, Franzensring, Universität.

Giubileo di Flechsig.

Il 23 maggio u. s. lo psichiatra e anatomico del cervello Flechsig ha compiuto il suo giubileo d'oro.

Egli si laureò a Lipsia nel 1870, vi conseguì la docenza privata in fisiologia e anatomia nel 1876, mentre era assistente di Ludwig; il suo lavoro « Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark » valse al giovane studioso l'attenzione di tutto il mondo medico, di modo che due anni più tardi egli poteva essere nominato professore straordinario di neurologia. Fece ricostruire la clinica secondo piani propri e la occupa tuttora degnamente.

Il giorno del suo giubileo, ha visto la luce il primo volume di una sua opera monumentale intitolata « Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage », edita da Thiem: è il frutto di un decennio di lavoro.

Il prof. Nicolai.

I nostri lettori ricorderanno che il dott. G. F. Nicolai, libero docente di fisiologia nell'Università di Berlino, venne imprigionato a causa di un libro intitolato « Biologia della Guerra » in cui egli riprovava le concezioni degli scienziati e dei militari tedeschi contrarie ai sentimenti di umanità sulla condotta della guerra. Egli potè fuggire in aeroplano in Olanda; ma dopo l'armistizio è tornato in Patria, ove è stato nominato professore straordinario presso la Facoltà Medica di Berlino, dal ministro dell'istruzione K. Haenisch. All'inaugurazione del corso gli studenti hanno fatto tale baccano, imprecando al « traditore », che egli è stato costretto a interrompere il corso.

Il Consiglio Accademico dell'Univesità ha dichiarato, in seguito a questi avvenimenti, che il

Nicolai è immeritevole di un cattedra universitaria, poichè egli ha discreditato il Paese, ne ha disconosciuto le finalità civili, ed ha pubblicato, in un Paese neutrale, un libro che ha posto un'arma avvelenata nelle mani del nemico.

La « Deutsche mediz. Wochenschrift », commenta questa squalifica; ritiene che tutti debbano convenire in essa, ma rileva che le autorità accademiche non protestarono quando, nello scorso ottobre, al Nicolai venne assegnata la cattedra.

(*Journal A. M. A.*).

Il prof. Pavlow.

Il prof. J. P. Pavlow, il celebre fisiologo russo, già direttore dell'Istituto di Medicina sperimentale di Pietroburgo, avrebbe mandato un appello ai suoi amici di Kieff per invocare dei soccorsi in natura dacchè egli si trova in condizioni economiche disagiatissime e invece di trattare la scienza è costretto a pelare delle patate. L'appello è stato pubblicato anche sulla *Science* del 5 marzo; ma se ne mette in dubbio l'autenticità. Si è anche supposto che il grande fisiologo voglia riferirsi alla mancanza di personale inserviente negli istituti scientifici, di modo che i direttori sono costretti ad accudire ai piccoli lavori.

Onoranze ad un medico condotto.

Al dott. cav. Francesco Pestalozza di Stresa, (Lago Maggiore) che lasciò la condotta dopo 25 anni di servizio, vennero offerti da quella popolazione in forma solenne e commovente il 13 maggio u. s. un album d'onore, una magnifica penna d'oro, ed una medaglia d'oro commemorativa. Il dott. Pestalozza, che ha dato un figlio alla Patria, fu due volte Presidente della Sezione Verbanese della A. N. M. C.

Multa sintomatica.

Il dott. Fox, medico a Glebe (Australia), è stato processato e condannato ad una multa di 250 sterline per essersi rifiutato a portare la maschera profilattica contro l'influenza, malattia che ha avuto una forte ripresa in quelle regioni.

Un incendio al Johns Hopkins Hospital.

I laboratori di patologia del Johns Hopkins Hospital, a Baltimora, hanno subito gravi danni da un incendio sviluppatosi accidentalmente.

Sciopero di liberi docenti.

I liberi docenti di Napoli, constatando che tutti i ritocchi regolamentari tendono a menomare il prestigio od offendere i diritti della libera docenza, avevano deliberato di non aprire o sospendere i corsi. In seguito però hanno ripreso le lezioni.

(Da *Pathologica*).

La Mezzaluna Rossa

che in Turchia sostituisce la Croce Rossa, si è notevolmente estesa durante la guerra, facendo funzionare 17.110 letti e curando 162.146 feriti; inoltre ha aperto cucine popolari, nutrendo 35.000 poveri, ha creato un ospizio per l'infanzia con 355 posti, ha curato ambulatoriamente 355 bambini.

Congresso francese di fisiologia.

Si terrà a Parigi dal 16 al 20 luglio sotto la presidenza di Charles Richet. Vi sarà annessa un'esposizione di apparecchi e strumenti. Le adesioni e la quota (fissata in fr. 35) devono inviarsi alla segreteria, Sorbonne, rue Victor Cousin 1.

È morto a Venezia il dott. ALESSANDRO ZOPPI, chirurgo primario in quell'ospedale civile, apprezzato professionista.

È morto a Londra, nel pieno vigore degli anni, sir ROBERT MORANT, al quale si attribuisce il più poderoso e tenace impulso per la creazione del Ministero della sanità.

Fu segretario generale successivamente del Ministero dell'istruzione, della Commissione per l'assicurazione della salute e del Ministero della sanità.

Sebbene non fosse medico, fu un benemerito delle classi sanitarie. Si parlava spesso in Inghilterra di lui come del « più gran medico dei nostri tempi »! (*Amer. Jour. of public Health*).

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1920 — Stab. Poligr. Amm. Guerra. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 12 luglio 1920 Fasc. 28.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AUMENTO DEI PREZZI D'ABBONAMENTO

In conformità delle disposizioni imposte dal recente Decreto Ministeriale riportato nel precedente Fascicolo 27 e della deliberazione dell'assemblea dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica), pubblicata nel numero 26, i prezzi d'abbonamento al nostro periodico vengono aumentati dal 1º luglio al 31 dicembre 1920, nella seguente misura, *per tutti gli abbonamenti in corso:*

Per l'Italia	Per l'Estero			
L. 8 —	FR. 10 —	*per chi è associato*	*alla sola Sezione Pratica;*	
„ 12 —	„ 15 —	*id.*	*id.*	*alle Sezioni Pratica e Medica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id.*	*id.*	*alle Sezioni Pratica e Chirurgica;*
„ 15 —	„ 20 —	*id.*	*id.*	*a tutte e tre le Sezioni.*

Il Decreto Ministeriale ci consentirebbe di raggiungere la misura del 100 %, ma noi ci limitiamo a chiedere ai nostri abbonati quanto è assolutamente indispensabile per fronteggiare le attuali difficoltà.

Così il « POLICLINICO » manterrà ancora il vanto di essere il periodico di medicina generale più a buon mercato fra tutti quelli che vedono la luce in Italia.

I nostri abbonati sono pertanto pregati di voler rimettere con cortese sollecitudine, mediante vaglia o cartolina-vaglia, la suddetta quota d'integrazione, direttamente all'Editore del " POLICLINICO " Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERS. DI ROMA
diretta dal prof. R. ALESSANDRI.

Sulla determinazione dei gruppi sanguigni.

Dott. GUIDO EGIDI, aiuto abilitato alla docenza.

La pratica delle trasfusioni di sangue aveva fatto notare che esiste tra il sangue di alcuni donatori e quello di alcuni riceventi una specie di incompatibilità capace di provocare incidenti talvolta gravi. Poichè gli incidenti non erano costanti, parve logico supporre che non tutti i sangui umani fossero simili tra loro e che per effetto delle dissimiglianze avvenissero gli osservati incidenti.

Se le emazie di alcuni individui si mettono in contatto con il siero di altri individui, si trova che alcuni sieri hanno la capacità di agglutinare ed emolizzare le emazie di alcuni soggetti. Questi soggetti non sono perciò adatti a donare sangue agli individui che hanno fornito quei sieri.

Moss, esaminando il sangue di molte migliaia di individui, giunse alla conclusione che tutti gli individui della specie umana, con certezza quasi assoluta, possono essere divisi in 4 gruppi sanguigni nettamente caratterizzati dal comportamento reciproco nella reazione

dell'agglutinazione; questa va di pari passo con l'emolisi.

Se ad alcuni individui si preleva del sangue da una vena e di esso una parte si tratta con citrato sodico, un'altra si utilizza per separare il siero, abbiamo per ciascun individuo da una parte una sospensione di emazie, dall'altra del siero.

Questi materiali bastano a saggiare l'agglutinazione sanguigna. In un piccolo tubo da emolisi o semplicemente su un vetro porta-oggetti si mescola una goccia del siero di un individuo con una goccia della sospensione di emazie di un altro individuo. Allora, se l'agglutinazione ha luogo, il miscuglio, che era omogeneamente torbido, si schiarisce e si trasforma in una goccia limpida che tiene in sospensione dei fiocchi rosso-bruni. Se l'agglutinazione non ha luogo, la goccia conserva il suo aspetto.

La reazione diviene ben visibile all'esame microscopico a goccia pendente o ancor meglio adagiando sulla goccia un copri-oggetti.

Se l'agglutinazione non ha luogo, le emazie restano uniformemente sparse; se l'agglutinazione ha luogo, esse si riuniscono a gruppi e in ciascun gruppo le emazie si toccano per i margini, non per le facce, come avviene nella ordinaria disposizione a pile.

Facendo alcuni di questi esami ci si accorge che i diversi soggetti presentano differenze notevoli di comportamento le quali tutte però rientrano nel seguente quadro dovuto a Moss.

TABELLA I.

	Sieri			
	I	II	III	IV
Emazie I	—	+	+	+
„ II	0	—	+	+
„ III	0	+	—	+
„ IV	0	0	0	—

In detto quadro sono indicate tutte le reazioni osservate.

Tutti i soggetti umani possono esser divisi in quattro gruppi e ciascun gruppo ha caratteristiche per le emazie e per i sieri.

Il sangue del gruppo I ha un siero sprovvisto di proprietà agglutinanti, mentre ha emazie poco resistenti in quanto che vengono agglutinate da tutti i sieri meno che da quelli del proprio gruppo.

Un comportamento inverso ha il sangue del gruppo IV, nel quale le emazie sono così resistenti che non vengono agglutinate da alcun siero, mentre i sieri agglutinano tutte le emazie ad eccezione di quelle del proprio gruppo.

Da queste leggi deriva l'applicazione che gli individui del gruppo I possono ricevere emazie da ogni soggetto, mentre gli individui del gruppo IV possono fornire emazie da trasfondere in ogni soggetto.

Gli individui del gruppo II e del gruppo III hanno sangue che, messo in contatto con sangue di soggetti appartenenti a gruppi diversi dal proprio, presenta nel siero i caratteri del gruppo IV e nelle emazie i caratteri del gruppo I. Onde è che tali individui non possono ricevere o fornire sangue che entro più stretti limiti.

Le prime determinazioni dei gruppi hanno richiesto molto tempo perchè dovevano essere fondate su un gran numero di esami; ma dopo che Moss ha indicato le caratteristiche dei singoli gruppi è bastato possedere dei campioni di siero dei gruppi II e III per poter identificare il gruppo al quale appartiene ciascun individuo. Infatti, come appare dalla tabella II, desunta dalla tabella I, la reazione delle emazie dei diversi gruppi sui sieri II e III dà risultati diversi per ciascun gruppo.

TABELLA II.

	Sieri	
	II	III
Emazie I	+	+
„ II	0	+
„ III	+	0
„ IV	0	0

Volendo dunque identificare il gruppo al quale appartiene un determinato soggetto, basterà prelevare da lui una goccia di sangue, diluirla in 10 gocce di citrato sodico 2 % e, ottenuta così una sospensione di emazie, mescolarne una goccia con una goccia di siero II e un'altra con una goccia di siero III.

Per procurarsi i camponi di siero II e III da tenere in riserva, le comunicazioni sull'argomento, che sono giunte a mia conoscenza, consigliano di rivolgersi ai laboratori che ne possiedono per ottenerne una piccola quantità. Per mezzo di questa si cercheranno nella cerchia delle proprie conoscenze dei soggetti dei gruppi II e III per poi prelevare da questi una maggior quantità di siero.

La dipendenza da un altro laboratorio è sembrata perciò necessaria a coloro che non hanno voluto ripetere le osservazioni nelle proporzioni grandi che ha usato il Moss.

***

La speculazione sui quadri del Moss, fin da due anni or sono, mi ha fatto fare alcune considerazioni le quali guidano a identificare i gruppi mediante il prelevamento di soli 2-4 campioni di siero e di 20-30 campioni di emazie. Mi decido ora a renderle note perchè, sebbene l'identificazione dei gruppi trovi indicazioni in parecchi campi di interesse chirurgico

(trasfusioni, trapianti epidermici, ossei, ecc.), pure non ho trovato finora indicato un metodo che, senza richiedere l'uso di sieri noti, permetta di procedere, tra individui di gruppo sconosciuto, all'individuazione dei gruppi.

Le considerazioni che mi hanno guidato sono le seguenti:

1ª I sieri I non agglutinano emazie di alcun gruppo; quindi un siero che agglutini alcune emazie non può essere che II, III o IV.

2ª Gli individui le cui emazie, reagendo con siero non I (cioè II, III o IV), abbiano dato reazione negativa (non agglutinante), non possono essere gruppo I. Infatti gli individui gruppo I hanno emazie che sono agglutinate dai sieri II, III e IV.

3ª Gli individui le cui emazie siano state agglutinate da un siero qualunque non possono essere gruppo IV. Infatti le emazie IV non sono agglutinabili.

***

Partendo da queste considerazioni ecco come ho proceduto.

Ho prelevato una goccia di sangue a circa venti individui e, diluendo ciascuna goccia con l'aggiunta di 1 c. c. di citrato sodico 2 %, ho preparato dei campioni di emazie che nella tabella III designo con le lettere minuscole dell'alfabeto.

A uno dei soggetti ai quali avevo prelevato una goccia di sangue ho estratto da una vena circa 10 c. c. di sangue e da questo ho fatto separare il siero. Questo siero designo con la maiuscola della lettera che nella tabella III corrisponde al soggetto.

Poi col detto siero ho fatto reagire tutti i campioni di emazie e ho segnato con + la reazione agglutinante, con — la mancata reazione.

Due possibilità esistevano: che il siero non agglutinasse alcun campione di emazie o che ne agglutinasse alcuni. Nel primo caso il siero poteva appartenere al gruppo I.

Se questo caso si fosse verificato (caso raro, perchè gli individui del gruppo I sono rari) avrei prelevato siero da altri individui finchè avessi trovato uno che avesse agglutinato qualche campione di emazie. Trovato questo individuo, si può esser certi che:

1° L'individuo che ha fornito il siero e tutti coloro le cui emazie non sono state agglutinate non appartengono al gruppo I.

2° Che tutti gli individui le cui emazie non sono state agglutinate non appartengono al gruppo IV.

Per i risultati della prima ricerca ho potuto perciò sapere che i soggetti *a, c, d, e, f, h, i, l, m, n, p, q, r, s, t, u, v, z* non appartenevano al gruppo I, e che i soggetti *b, g, o* non appartenevano al gruppo IV.

Prelevato allora del siero da uno degli individui non appartenenti al gruppo IV, l'ho fatto reagire con tutti i campioni di emazie. Anche in questa seconda serie di reazioni esisteva la possibilità che il siero ottenuto non agglutinasse alcun campione di emazie. Se ciò si fosse verificato, non potendo escludere che il soggetto appartenesse al gruppo I, si sarebbe prelevato siero da un altro degli individui non appartenenti al gruppo IV.

Prelevato siero dal soggetto *B*, si sono avute con esso le reazioni indicate nella tabella III.

Come appare dalla tabella, il siero *B* ha agglutinato alcuni campioni di emazie. Possiamo perciò dire anche in questa serie che:

1° l'individuo che ha fornito il siero e tutti coloro le cui emazie non sono state agglutinate non appartengono al gruppo I;

2° tutti gli individui le cui emazie non sono state agglutinate non appartengono al gruppo IV.

Per i risultati di questa seconda ricerca ho saputo che i soggetti *b, c, g, h, i, l, n, o, t* non appartengono al gruppo I, e che i soggetti *a, d, e, f, m, p, q, r, s, u, v, z* non appartengono al gruppo IV.

Un individuo che nella reazione con un siero sia rivelato non appartenente al gruppo I e nella reazione con l'altro si sia rivelato non appartenente al gruppo IV non può appartenere che al gruppo II o al gruppo III.

Noi perciò sappiamo che gli individui *a, b, d, e, f, g, m, o, p, q, r, s, u, v, z* non essendo del gruppo I nè del gruppo IV, non possono essere che dei gruppi II e III.

Le emazie degli individui *b, g, o* sono state agglutinate dal siero *A* e non agglutinate dal siero *B;* al contrario le emazie degli individui *a, d, e, f, m, p, q, r, s, u, v, z* non sono state agglutinate dal siero *A* e sono state agglutinate dal siero *B*. Questo diverso comportamento indica che *b, g, o* non appartengono allo stesso gruppo di *a, d, e, f, m, p, q, r, s, u, v, z*. Dunque alcuni individui sono del gruppo II e altri del gruppo III.

Prelevando del siero a un individuo di ciascuno dei due gruppi possiamo, servendoci di essi come nella tabella II, procedere all'individuazione del gruppo al quale appartiene ogni soggetto che ci si presenti.

Il problema è così risolto.

Tabella III.

	A	B		A	B
a	—	+	*n*	—	—
b	+	—	*o*	+	—
c	—	—	*p*	—	+
d	—	+	*q*	—	+
e	—	+	*r*	—	+
f	—	+	*s*	—	+
g	+	—	*t*	—	—
h	—	—	*u*	—	+
i	—	—	*v*	—	+
l	—	—	*z*	—	+
m	—	+			

Esso non ha richiesto che il prelevamento di una goccia di sangue da circa 20 individui e di alcuni centimetri cubici di sangue da due soggetti.

Essendo avvenuto che i sieri *A* e *B* sono uno del gruppo II e l'altro del gruppo III, la tabella III ha servito anche a identificare il gruppo al quale appartiene ciascuno dei soggetti ai quali abbiamo preso campioni di emazie. Ma non si può presumere che la ricerca proceda sempre così spedita.

Nell'esempio ha concorso alla speditezza l'evenienza, puramente accidentale, che il soggetto dal quale si è ottenuto il siero *A* non apparteneva al gruppo IV; ma poichè i soggetti del gruppo IV non sono punto rari, potrebbe accadere che appartenesse a questo gruppo il primo siero non appartenente al gruppo I che ci riesce di trovare.

Se le emazie *a*, nella reazione col siero *B* avessero dato reazione —, il soggetto *a*, non appartenendo al gruppo I, non appartenendo al gruppo del soggetto *b* (che appartiene al gruppo II o al III) nè all'altro gruppo (III o II) le cui emazie dovrebbero esser agglutinate, non potrebbe appartenere che al gruppo IV.

In tal caso, tra i soggetti le cui emazie sono agglutinate dal siero *B* (soggetti non appartenenti al gruppo IV nè al gruppo al quale appartiene *B*), avremmo dovuto prelevare un terzo siero e servircene solo dopo esserci assicurati col metodo noto che tale soggetto non fosse del gruppo I.

Il procedimento descritto deriva da considerazioni logiche dedotte con rigore matematico. Io l'ho provato in vario modo e l'ho trovato sempre esatto.

Per chi volesse praticamente procedere alla individuazione dei gruppi aggiungerò che i campioni di emazie sospese in citrato sodico 2 % sono utilizzabili durante più giorni. Però v'è un periodo che dura da alcune ore dopo il prelevamento alla fine del primo giorno, durante il quale numerose emazie subiscono alterazioni (emazie spinose, disposizione a pile) e disturbano molto la constatazione dell'agglutinazione. Trascorso questo periodo, nel fondo del recipiente resta un piccolo ammasso di emazie alterate, mentre altre emazie conservano aspetto normale. Queste, che sono le uniche che si possano prendere in una goccia, sono perfettamente adatte alla reazione e reagiscono esattamente come le emazie prelevate di fresco.

I sieri possono esser conservati per mesi senza perdere le proprietà caratteristiche per la prova della agglutinazione. Essi, secondo la prova fatta da Sanford, sono utilizzabili, anche dopo l'essiccamento, per due mesi. Ciò è comodo perchè, avendo in precedenza disseccata una goccia di siero su un vetrino, al momento di eseguire la reazione non si ha da far altro che versare sulla goccia disseccata una goccia di sospensione di emazie, attendere qualche minuto e osservare.

***

Una raccolta letteraria estesa si trova in *Surg., Gynec. and Obst.*, 1919, XXVIII, 262-276. J. De J. Pemberton: *Blood Transfusion.*

Il citato studio di Sanford è in *Jour. Am. Med. Assn.*, 1918, 1221.

Gli studi di Moss sono in: *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1910, XXI, 63-70. - *Jour. Am. Med. Assn.*, 1917, 1905-1906.

Una rivista succinta, priva di indicazioni bibliografiche, ma chiara, è in *Presse médicale*, 16 janvier 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

Di alcuni semplici e pratici accorgimenti da usarsi nella diagnosi precoce della tubercolosi.

La rapida ed ognora crescente diffusione della tubercolosi, e la sua ormai ammessa spiccata tendenza alla guarigione nei periodi iniziali, hanno oggigiorno fatto moltiplicare i mezzi d'indagine diretti ad una precoce diagnosi.

Non intendo qui ripetere i numerosi artifici finora escogitati, i numerosi metodi di ricerca diretti a questo scopo, e che già fanno parte attiva dell'abbondante e vario arsenale diagnostico del medico pratico e di laboratorio, e la cui utilità è ormai stata consacrata dalla esperienza; mi sia lecito invece ricordare due metodi, che ad altri ed a me si sono dimostrati utilissimi, semplici e pratici, e che finora non hanno avuto una sufficiente applicazione.

L'illustre tisiologo francese, il Daremberg, osservando la spiccata instabilità dell'equili-

brio termico nei tubercolotici, in unione al dott. Chuquet, aveva pensato di utilizzarlo come mezzo d'indagine diagnostica in quegli individui, nei quali, per certi fenòmeni anormali, non chiaramente definiti, era lecito il sospetto della esistenza di una infezione tubercolare, di un focolaio morboso specifico, che, per la sede e per la limitata estensione, non era possibile raggiungere coi comuni mezzi d'indagine fisica. Per analogia, pensava il Daremberg, se un tubercolotico conclamato, in seguito ad uno strapazzo fisico, presenta una più o meno spiccata elevazione termica, un individuo sospetto di infezione tubercolare dovrà presentare il medesimo fenomeno, essendo questo dovuto non già all'azione locale del bacillo di Koch, ma piuttosto ai suoi veleni, alle tossine che esso secerne, le quali per la loro facile diffusione impregnano rapidamente tutti i tessuti, e quindi anche il centro nervoso termoregolatore la cui funzione, di conseguenza, ne rimarrà facilmente disturbata.

Gli esperimenti diretti a confermare l'esattezza di questa supposizione ebbero dei risultati felicemente positivi, inquantochè i predetti ricercatori esperimentando su individui sospetti d'infezione tubercolare (infezione che poi in seguito appariva sotto forma ben chiara), hanno trovato che dopo averli sottoposti ad uno strapazzo fisico, ad una fatica un po' prolungata, come ad esempio ad una marcia protratta per mezz'ora, presentavano un aumento di temperatura variabile da cinque decimi di grado a due gradi e più: e che questo aumento andava in seguito rapidamente scomparendo col riposo. È noto che nell'uomo sano ciò non avviene, anche quando la fatica è dura e prolungata, e se differenze di temperatura si verificano, queste non sorpassano i due decimi di grado. A questo proposito sono note le esperienze di A. Mosso sulla fatica.

Il Daremberg chiamava questa prova «la prova del lavoro e della fatica» ed operava a questo modo: misurava esattamente la temperatura orale del soggetto, e quindi lo faceva camminare un po' sveltamente per una mezz'ora od anche più; quindi nuova misurazione della temperatura. Se erasi verificato un aumento di questa di almeno 5/10 l'individuo in esame era messo in assoluto riposo per un'ora, durante la quale la differenza di temperatura andava totalmente scomparendo. In questi casi il Daremberg dichiarava il soggetto tubercoloso, diagnosi che, come dicemmo, veniva poi in seguito ampiamente confermata per l'insorgere di altri fenomeni morbosi caratteristici della infezione tubercolare.

Non mancarono gli oppositori, i quali negarono ogni importanza al metodo, sia perchè alcuni avrebbero constatato l'aumento di temperatura anche in individui sani (Teissier, Mantoue, ecc.), sia perchè altri avrebbero osservato lo stesso fenomeno negli obesi e negli anemici convalescenti di malattie esaurienti. Ma non mancarono neppure e furono numerosi ed autorevolissimi (Turban, Penzoldt, Berträndt, ecc.) i ricercatori i quali per lunga e coscienziosa pratica se ne fecero, ed a ragione, validi sostenitori. Questi ultimi, ad evitare cause d'errore nella giusta interpretazione della termometria, consigliano di misurare la temperatura nel cavo orale o nel cavo ascellare, e non alla regione anale, ove, specialmente negli obesi, durante la marcia, si può provocare una ipertermia locale.

È questo metodo d'indagine seguito dal Daremberg, come ognuno vede, semplicissimo e della massima praticità e che altro non richiede che un termometro esatto.

Durante il periodo di tempo (circa tre anni) in cui, in qualità di direttore portai la mia opera presso il reparto di accertamento diagnostico per i militari tubercolosi del 2° Corpo d'Armata territoriale, ricorsi sistematicamente a questo artefizio per appurare la diagnosi di una sospetta infezione tubercolare.

Il numero degli accertandi fu ingentissimo, parecchie e parecchie migliaia, e nella massima parte portatori di lesioni sospette, per le quali non era possibile, coi mezzi d'indagine a disposizione (assai limitati per deficienza numerica di personale sanitario), arrivare ad una diagnosi conclusiva. Mi valsi perciò ed ampiamente di questo artefizio diagnostico, semplicissimo, e ne trassi preziosi elementi di giudizio, che, sommati con quelli ottenuti con altri mezzi d'indagine, mi permisero di esprimere giudizi esatti. Dico esatti perchè moltissimi degli esaminati ed assoggettati con risultato positivo, alla prova della fatica, ritornati dopo un periodo variabile da un anno a sei mesi nel reparto d'accertamento, presentarono macroscopici segni e non dubbi di una infezione tubercolare in atto.

Mi associo quindi *toto corde* al giudizio del Daremberg e ritengo che la prova del lavoro «debba non trascurarsi, anzi debba essere esperimentata tutte le volte che si tratta di giudicare un individuo in cui si sospetta la presenza di una lesione tubercolare latente».

***

Un altro arteficio non trascurabile, praticissimo, di poco costo, e quindi accessibile a tutti e del quale pure, dietro consiglio del pro-

fessore E. Maragliano, feci largo uso, è quello detto della « prova dello ioduro ».

È noto come la somministrazione dell'iodio, sotto diversa forma, sia estesissima nella cura della tubercolosi in genere e della tubercolosi polmonare in specie, ed è pure noto come durante la somministrazione di questo rimedio gli ammalati di forma polmonare presentino sovente delle espettorazioni sanguigne. Tale fenomeno è dovuto appunto alla azione del medicamento, che a livello dei focolai tubercolari polmonari dà luogo a delle congestioni per effetto delle quali avviene la rottura di capillari sanguigni e conseguente emissione di sangue nello sputo.

Il prof. Maragliano nelle frequenti visite ai reparti di accertamento diagnostico, di cui era ispettore generale, insisteva parecchio su questo fatto e consigliava di non trascurarlo durante le operazioni di accertamento. Diceva: allo stesso modo per cui nei casi conclamati di tubercolosi polmonare la somministrazione dello iodio provoca fenomeni congestivi nei focolai di malattia, così questo medicamento usato nei casi di tubercolosi polmonari incipienti nei quali i reperti clinici sono assai dubbiosi, dovrebbe provocare delle zone di congestione a livello dei presunti focolai morbosi, rendendoli più attivi e quindi di più facile rilievo: insomma, diceva, l'iodio agisce come la tubercolina, ma con questa differenza: che mentre essa, oltre che ai fenomeni di focolai, dà origine a dei fenomeni generali, a dei disturbi della cenestesi, talora impressionanti e sempre sgradevoli, quello farebbe sentire la sua influenza solo sui focolai di infezione.

La logica di questo ragionamento, così chiaro e semplice, mi ha sedotto, e mi ha indotto a mettere in esecuzione il suggerimento pervenutomi da così autorevole persona.

Sceglievo fra il numerosissimo materiale disponibile quei casi in cui il reperto clinico non ben chiaro lasciava dei dubbi sulla integrità del tessuto polmonare, come ad esempio quelli in cui la sonorità dell'apice ed il respiro, senza scostarsi troppo dal tipo normale, presentavano delle caratteristiche non bene definite e non classificate ancora dalla semeiotica polmonare fra i reperti patologici. In questi casi adunque facevo somministrare durante la notte una pozione così composta: ioduro di potassio gr. 1-2, acqua gr. 100. Di buon mattino, esaminavo l'individuo sospetto, e soventi volte ho potuto constatare la presenza di rantolini crepitanti, fini, costanti, là ove prima non era stato possibile rilevare che un lieve affievolimento ed una dubbia asprezza di respiro. (Non solo, ma se l'individuo fino allora non aveva mai avuto tosse, per quel giorno ed anche per quello successivo avvertiva un insistente stimolo a tossire).

Tali reperti stetoscopici non sono da attribuirsi, come potrebbe parere, a fenomeni di atelettasia polmonare; perchè negli esami successivi, praticati quando l'azione del medicamento si poteva con sicurezza considerare esaurita, non era più possibile rilevarli.

Tale metodo d'indagine mi fu di ausilio prezioso anche nei casi in cui dovevasi giudicare della attività o non di una lesione polmonare antica, di quei postumi di lesioni tubercolari (sclerosi), per i quali, agli effetti medico-legali, il giudizio non era richiesto nella natura della lesione, già anteriormente classificata, ma sulla esistenza o non di focolai attivi. Orbene, valendomi di questo accorgimento, ho potuto molte volte constatare come lesioni che apparentemente inattive, non erano completamente spente e che per così dire sonnecchiavano, e quindi erano ancora in grado, a propizia occasione, di ripigliare con forse maggiore lena la propria attività. In questi casi la somministrazione della pozione suddetta rendeva più manifesti i fatti rilevati all'esame fisico, aggiungendovi particolarità tali per le quali non era più lecito il dubbio sull'attività delle lesioni credute spente.

***

Ho voluto richiamare l'attenzione del lettore su questi due artefizi diagnostici che mi si sono rivelati in modo assoluto probativi ogniqualvolta diedero risultato positivo, e che per la loro semplicità e per il loro poco costo possono essere alla portata di tutti.

Alessandria, 15 aprile 1920.

Dottor MARCO BORGOGNO, *direttore Dispensario Antitubercolare di Alessandria.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CONSORZIALE DI RONCIGLIONE

Su di un caso di ascesso epatico dissenterico

per il dott. ARMANDO SALA, direttore-chirurgo.

Non ho la pretesa di dire cose nuove, ma solo di portare un modesto contributo clinico sulla terapia dell'ascesso epatico dissenterico.

Fino al 1914, con unanimità di pareri, gli autori ritenevano che l'emetina fosse il rimedio specifico della dissenteria amebica e che l'ascesso fosse di pertinenza chirurgica. È merito del Pontano di aver per primo accertato e dimostrato che anche gli ascessi, come già le gomme, erano suscettibili di guarigione con la cura specifica. Il caso che riferisco mi sembra confermi i brillanti successi riferiti dal Pontano, e mi fa pensare che l'intervento chirurgico, praticato per complicazioni settiche successive dell'ascesso epatico, non va disgiunto dall'uso della emetina per la bonifica completa dell'organismo dall'ameba istolitica, per il miglioramento di quelle condizioni generali che sono indispensabili per la guarigione delle ferite chirurgiche.

Del resto ad ogni chirurgo è nota l'alta percentuale di mortalità *post operationem* che va dal 24 % fino al 70 % negli operati di ascesso dissenterico, mortalità dovuta alle inevitabili complicazioni settiche della ferita operatoria, alla distruzione non indifferente della sostanza epatica prodotta dall'ascesso, ed al grave deperimento organico che l'infezione arreca al malato. Pertanto ritengo che a completare la cura chirurgica, laddove questa sia resa indispensabile, per complicazione settica dell'ascesso epatico dissenterico, si debba ricorrere alla cura specifica generale (iniezione di emetina) e locale della cavità ascessuale con infuso di radice d'ipecacuana, come io ho praticato nel mio caso.

Ecco il riassunto della storia clinica dell'inferma ricoverata l'11 febbraio 1920.

Gh... Vittoria, da Caprarola, a. 8, reparto chirurgia donne, letto n. 7.

Anamnesi. — Nulla di notevole nel gentilizio e nella a... remota. Il padre riferisce che da circa 6 mesi ha notato che la bambina è andata deperendo con disturbi intestinali, e che l'addome è aumentato di volume, sicchè non poteva portare più il busto. Non ha mai notato ittero nè epistassi.

Esame obiettivo del 12 febbraio 1920. — Condizioni generali scadute, stato di marasma, sensorio lucido, decubito supino, *facies* pallida tumida, apatia completa dell'inferma, polso 130, resp. 28, temp. 36. Scheletro regolare, pannicolo adiposo scomparso, stato di succulenza del sottocutaneo, muscoli flaccidi, cute pallida, secca con desquamazione furfuracea. Lievi edemi degli arti inferiori. Linfoglandole normali. Lingua arrossata umida, faringe nulla. Respiro toracico. La base dell'emitorace destra è svasata anteriormente e di lato e l'arco costale pare sollevato, esiste una differenza di circa 6 centimetri tra le due semi-circonferenze toraciche misurate alla base. A d. gli spazi intercostali sono più ampli. Presenza del fenomeno diaframmatico del Litten. Nulla a carico degli organi toracici. Addome tumido, meteorico, protrude nel quadrante superiore destro, cicatrice ombellicale spianata. Reticolo venoso evidente, non segni di liquido libero. — *Fegato*: limite superiore dell'ottusità è alla terza costola, il margine inferiore si trova al livello della cresta iliaca.

Il margine è tagliente, la superficie liscia, consistenza aumentata, l'ingrandimento è tutto a carico del lobo destro che è tondeggiante e protrude e di consistenza elastica e sembra profondamente fluttuante.

Non si palpa la cistifellea. La pressione non è dolente. Non fremito idatideo. La tumefazione si muove con il fegato nei movimenti respiratorî profondi. Milza nei limiti normali. Genitali esterni sani. Esplorazione digitale del retto negativa.

La bambina durante i due giorni di degenza ha avuto solo due scariche alvine. Urina: traccie di albumina. L'anamnesi, l'aumento non uniforme della ottusità epatica, la nessuna dolenzia alla pressione; la mancanza d'ittero e del tumore di milza e della febbre, il senso di fluttuazione profonda, l'esistenza di una tumefazione, tesa, elastica, mi fecero orientare per una ciste di echinococco voluminosa del lobo destro del fegato e pertanto il 13 febbraio 1920 intervenni.

Etere-narcosi regolare, incisione transrettale destra. Si trova il fegato aumentato di volume che si spinge fino alla fossa iliaca. Grossa tumefazione a carico del lobo destro, nulla a carico della glissoniana, fluttuazione netta sotto forte tensione. Suturata la sierosa glissoniana al peritoneo parietale, con il Paquelin incido il fegato dove la raccolta è più prominente, si apre un vasto ascesso nello spessore del lobo destro contenente circa un litro e mezzo di pus, color cioccolata, non fetido, provvisto di una specie di capsula. Zaffamento con 3 lunghette di garza, due punti di ravvicinamento della breccia operatoria. L'esame microscopico del pus colorato con bleu di metilene non rivela germi, ma solo detriti cellulari.

Decorso post-operatorio. — Ipotermia, condizioni generali molto gravi, polso piccolo frequentissimo, alvo diarroico fino a 12 scariche per notte. Le fecce erano liquide, di colorito giallo con frustoli di materiale grigiastro e qualche stria di sangue. Tenesmo rettale. Rimossa la medicatura, si nota cattivo aspetto della ferita operatoria e continua a fuoriuscire liquido purisimile.

L'aspetto del liquido della raccolta, le scariche diarroiche così frequenti e l'aspetto delle fecce mi posero in sospetto per un ascesso dissenterico e al terzo giorno dopo l'operazione iniziai la cura con l'emetina, iniezioni a giorni alterni di fiale della Casa Erba di Milano.

Lavaggio quotidiano della cavità ascessuale con liquido sterilizzato di infuso di radice di ipecacuana all'1 % e zaffamento della cavità con garza sterile bagnata nel liquido anzidetto.

Alla terza iniezione le scariche sono notevolmente diminuite, la ferita si comincia a detergere e diminuisce la secrezione purulenta dal cavo ascessuale. Pratico così tutta una serie di 6 fiale di emetina e continuo la medicatura suddetta. Esiste un netto parallelismo tra il cessare della diarrea e il miglioramento della ferita operatoria, la quale in meno di due mesi si chiude. La bambina è rifiorita, ben sanguificata, aumentata di cinque chili in peso ed il limite inferiore del fegato si è notevolmente ridotto, sicchè viene dimessa completamente guarita il 12 aprile 1920, dopo due mesi di degenza.

COMMENTI.

La tintura di jodio nella cura abortiva della paronichia.

A proposito della comunicazione del dottor Pacieri intorno alla cura abortiva del furuncolo mediante l'iniezione di tintura di jodio, pubblicata nel fascicolo n. 20, mi sembra non privo d'interesse per la pratica quotidiana ricordare l'applicazione della tintura jodica in processi flogisti iniziali periungueali, i quali, se anche non sono gravi, riescono tuttavia molesti specialmente nel nostro esercizio professionale. Ogniqualvolta mi accorgo su me stesso o in persone di mia conoscenza le quali non attendono di consultare il medico, ma discorrendo per caso mi fanno vedere una paronichia incipiente in 1ª o 2ª giornata, ottengo con la applicazione della tintura di jodio al 10 % una rapidissima regressione in 24-48 ore.

Divaricando bene il vallo ed aprendo quanto mai possibile il solco ungueale vi faccio penetrare la tintura e ripeto il procedimento 2-3 volte e più nelle 24 ore. In tal guisa ottenni costantemente la regressione del processo flogistico anche quando qualche volta dal letto ungueale gemeva qualche gocciolina di pus. Dal procedimento jodico non è da attendersi alcun risultato solo nei processi inoltrati, oppure quando l'epidermide è ispessita e callosa. Ho finito così con l'usare la tintura jodica come mezzo preventivo prima delle autossie applicandola nei solchi ungueali ed attorno ragadi, fessure, ecc. Non so se nella monografia del Grossich è fatto cenno di questa applicazione pratica suggerita dal suo metodo. In ogni modo mi è sembrato utile accennarla.

Parenzo (Istria).

M. GIOSEFFI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I piccoli segni dell'epatismo.

(R. GLÉNARD. *Gazette des Hôpitaux*, 22 aprile 1920).

Numerose dispepsie, nevropatie e malattie della nutrizione debbono esser considerate come manifestazioni momentanee di un processo morboso cronico del fegato, a lenta evoluzione, a *poussées* successive, separate da intervalli più o meno lunghi di silenzio e caratterizzate, almeno in sul principio, da una insufficienza funzionale, ereditaria o acquisita, della cellula epatica.

Il principio dell' « epatismo » è imperniato su questa concezione patogenetica.

Ma, poichè non sempre i suddetti fenomeni morbosi hanno a base una lesione del fegato, sorge il quesito: quali segni si possono utilizzare per riconoscere che la sindrome in esame appartiene al gruppo dell'epatismo e non ha invece tutt'altra origine? Agli effetti della terapia, coronata da brillanti successi quando si è stabilito questo rapporto causale e tanto più utile quanto prima si è iniziato un adatto trattamento, scovare questa relazione è di capitale importanza.

Il pensare all'epatismo in siffatte contingenze costituisce un primo gran passo per la diagnosi.

L'esame fisico del fegato, permettendo di constatare direttamente l'origine del male, confermerà la diagnosi per la quale il medico si è già orientato con l'interrogare l'infermo e col mettere in rilievo i piccoli segni dell'epatismo.

Tali segni sono straordinariamente utili specie nei casi in cui più lontano sembrerebbe il legame patogenetico; quando i disturbi sono appena all'inizio ed i pazienti sono dei « mezzo-malati »; nei periodi intercalari e di silenzio.

Essi vanno d'altra parte accortamente differenziati da segni simili in dipendenza di tutt'altra lesione.

L'equivalenza di questi fenomeni con quelli presenti in vere e proprie malattie del fegato prova la loro dipendenza da un disturbo funzionale epatico: essi in ultima analisi e nel loro insieme sono gli stessi di quelli che costituiscono la sindrome di precirrosi o di prelitiasi, differenziandosene solo per una minore intensità.

Di sintomi funzionali suscettibili di attirare l'attenzione ve ne sono di quelli a carico del fegato e di quelli estraepatici.

Tra i primi va citata avanti a tutti una leggera sensibilità dell'ipocondrio destro, rivelatrice di un certo stato di congestione del fegato.

Il dolore è eccezionalmente vivo ed è piuttosto una sensazione di pesantezza, di gonfiezza, di fastidio, ecc., quella di cui si lagnano i malati: qualche volta è la regione cistica la più sensibile; altra volta è la regione del lobo sinistro. Questo dolore può irradiarsi lontano: in basso fino verso l'appendice, in alto in ogni parte del torace e così da mentire una nevralgia intercostale od una lesione vera e propria del torace. Più spesso, però, l'irradiazione si fa alla punta della scapola od alla spalla di destra. Queste sensazioni variano di intensità nel corso della giornata e sono provocate od aumentate da ogni genere di strapazzo fisicó, da emozioni, da preoccupazioni, affanni di qualsiasi genere; da disordini dietetici. Si accompagnano di frequente a stanchezza, insonnia, ad un grado leggero di subittero. La durata di questi disturbi funzionali è oltremodo variabile a seconda la gravità della lesione fondamentale. La palpazione del fegato non risveglia il dolore in modo costante.

I dolori epatici, quando sono ben manifesti, rischiarano il problema diagnostico in modo assai notevole.

Tra i sintomi funzionali estraepatici e che possono riguardare quasi ogni organo e sistema vanno in particolar modo considerati quelli a carico dell'apparato digerente: sensazione di bocca amara, di secchezza, di bruciore lungo l'esofago ed il faringe cui segue spesso emissione di un liquido filante in quantità varia. Tale fenomeno si verifica di preferenza al mattino, sopratutto in alcoolisti, e s'accompagna a tumefazione e dolorabilità del fegato rivelabili alla palpazione.

A carico dello stomaco si notano frequentemente nausee sia isolate completamente, sia associate ad altri disturbi. Il vomito è non di rado la conseguenza di questo stato nauseoso e sarà sempre opportuno, prima di concludere per un vomito di origine nervosa, e quando null'altro possa far pensare ad una lesione vera e propria dello stomaco, di pensare anche a questa possibilità patogenetica.

L'appetito è conservato ma capriccioso: di frequente i malati verso le 10 del mattino o le 4 del pomeriggio, o durante la notte, sono presi da stiramenti di stomaco, falsa fame, bisogno di « prender qualche cosa »; e tutto cede in seguito all'ingestione di un pasticcio secco, p. s. Altra volta l'appetito sembra buono, ma se ne va ai primi bocconi. Le digestioni sono lunghe e tormentate da mille piccoli fastidi (gonfiezza dell'addome, peso allo stomaco, sonnolenza fino al bisogno irresistibile di dormire cui poi non segue alcun senso di benessere, sbadigli continui, ecc.), e specialmente se si è fatto uso di cibi grassi o cotti in grassi.

Vanno anche ricordati alcuni casi in cui predominano i dolori allo stomaco; essi sono naturalmente da differenziare da quelli di origine gastrica pura.

A carico dell'intestino si notano segni importanti: alternative di diarrea e costipazione, più spesso stipsi. Altre volte i malati sono afflitti da una diarrea che interviene durante i pasti o subito dopo di questi. Alcune forme di enterite mucomembranosa sono anch'esse l'indice di un cattivo funzionamento del fegato e financo il quadro clinico dell'appedicite può esser simulato in questi malati da una irradiazione di un dolore epatico. La palpazione del fegato allora può provocare un dolore nella fossa iliaca destra.

L'aspetto delle feci è vario: molli, spumose, evidentemente scolorate nettamente ipercoliche.

L'apparato respiratorio partecipa anch'esso nella sintomatologia varia dell'epatismo; oltre la corizza va notata la tosse epatica: tosse secca, ripetuta, ad accessi o no. Specie nei fanciulli, con intestino irregolarmente funzionante, bisogna esser prevenuti di questa possibilità. Lo stesso si dica per certe forme di dispnea, di costrizioni al torace e financo di attacchi pseudoasmatici; essi hanno la caratteristica di aver rapporti intimi con i pasti e con la natura dei cibi.

Da parte del cuore si hanno palpitazioni al momento della digestione ed accessi pseudoanginosi la cui natura è rischiarata dal fatto che sono provocabili anche con la pressione sul bordo inferiore del fegato.

Il rene dà spesso sentore della insufficiente funzione depuratrice del fegato con delle albuminurie leggere, intermittenti e che si avvantaggano chiaramente di una terapia diretta contro l'epatismo.

A carico della pelle, sede frequente di manifestazioni di origine epatica, vanno notate, oltre alla tinta subitterica, alcune macchie brune, simmetriche, disposte a corona sulla fronte, le efelidi, gli xantelasma, numerose varietà di eczema, *poussées* di erpes, l'orticaria, ecc. Va preso sopratutto in considerazione

il prurito, specie l'anale, dovuto alla presenza in circolo di sali biliari.

Il sistema nervoso dà luogo spesso a disturbi la cui origine epatica, se riconosciuta, ci pone in condizioni di poterli dominare con terapia adatta. L'ipocondria, la difficoltà di fissar l'attenzione, la perdita della memoria, la facile esauribilità, ecc., tutto il corteo sintomatico della nevrastenia, si possono riscontrare nell'epatismo. Uno dei segni cardinali è l'insonnia notturna; è un'insonnia caratteristica; i malati si addormentano subito quando vanno a letto, ma nelle primissime ore del mattino si svegliano e restano senza sonno per un tempo tanto più lungo per quanto più il pasto serale è stato incongruo.

Il malato si giova del bicarbonato di soda e del solfato di soda meglio che di qualsiasi potente sonnifero.

Vanno segnalate ancora l'emicrania, le forme nevralgiche più varie, le vertigini, sensazioni di freddo con sudore, l'ipotermia, il polso raro.

Ma è un segno di una frequenza estrema e del tutto caratteristico quello che deve rischiarare l'attenzione: «la stanchezza epatica». Essa, come la congestione del fegato cui si unisce di frequente, sopraggiunge a preferenza dopo una sovra-alimentazione, dopo emozioni o dopo un trattamento intensivo (crisi termali). Si annunzia improvvisa con un senso di estrema rilasciatezza e pesantezza delle membra, senza dolori di sorta, sopratutto al mattino al momento di levarsi o durante le digestioni: un moderato esercizio la fa sparire. Tale sintomo si presenta di rado isolato.

Questa sindrome dell'insufficienza epatica guardata nel complesso ha un *cachet* caratteristico: essa è dissociata, periodica e fugace. È dissociata perchè i sintomi non si presentano mai tutti insieme ed ognuno di quelli enumerati può dominare da solo la scena. Ciò non pertanto spesso si costituiscono aggruppamenti sintomatici che stanno a mostrare una deviazione funzionale del fegato in un senso piuttosto che in un altro; così abbiamo un epatismo colemico per un disturbo prevalente della secrezione biliare (soggetti con sclere gialle, magri, dispeptici, irritabili, costipati ecc.) ed un epatismo uricemico per un disturbo delle funzioni proteolitiche (soggetti pletorici, grassi, con grosso ventre ecc.) precursore di un diabete, di una gotta, di un'obesità ecc.

La periodicità della sintomatologia è un carattere fondamentale: essa varia in rapporto, sopra tutto, con le grandi funzioni della vita vegetativa (alimentazione, funzione intestinale, sonno ecc.).

Per la diagnosi l'elemento ereditario e gli antecedenti personali (infezioni, intossicazioni ecc.) sono di interesse grande.

L'esame fisico del fegato, e sopra tutto la palpazione del bordo inferiore con il processo del pollice conferma l'epatismo sospettato dall'interrogatorio per le modificazioni di forma, di situazione, di consistenza e di sensibilità che può presentare quest'organo; in genere esso si mostra dapprima sensibile, poi tumefatto e poi ipertrofico.

L'esame radiologico del fegato con tutte le modalità recenti di indagine può giovare in casi molto delicati. Per quanto riguarda poi le ricerche di laboratorio, sempre utili ma non indispensabili per la diagnosi, va ricordato anche che in genere esse danno risultati manifesti solo quando l'insufficienza epatica è già avanzata e chiarissima.

La cura di questa piccola insufficienza epatica si fa con quei medicamenti e mezzi che l'esperienza ha dimostrato efficaci (bicarbonato di soda, solfato di soda, opoterapia, cure termali, ecc.), con il mettere il malato lontano da quelle cause che hanno provocato e sostengono la malattia, con un regime di riposo epatico, con il consigliare moderati esercizi fisici, con la calma del sistema nervoso, con le manovre fisioterapiche che più si adattano ai singoli casi.

D. MASELLI.

I piccoli segni della litiasi biliare ed il loro trattamento.

Gli autori anglo-americani, e sopra tutti Mayo, insistono sul fatto che non esiste calcolosi epatica senza manifestazione clinica. Vi è tutta una serie di segni che si rinvengono nella storia di calcolosi conclamati e che dimostrano come l'inizio della malattia possa esser rinvenuto prima dell'apparizione della colica epatica. Tra i sintomi più importanti, avancursori della colica, Noel Fiessinger (*Journal des praticiens*, 3 aprile 1920) ricorda i seguenti:

1° La dispepsia iniziale: si ha sensazione di pienezza dolorosa del ventre, peso all'epigastrio, pirosi e sbadigli comparenti una mezz'ora circa dopo i pasti ed accompagnati da flatulenze ed eruttazioni. Il vomito fa cessare questi disturbi.

Esiste di frequente intolleranza per i formaggi fermentati, per i grassi, per le uova. Durante i periodi di malessere i malati tendono a

prendere una posizione incurvata in avanti con flessione sul bacino della coscia destra. Accanto a questa sintomatologia per così dire precoce rispetto alla digestione gastrica, in alcuni individui si ha piuttosto una sindrome tardiva in quanto i fenomeni compaiono circa 5 ore dopo i pasti, alla fine cioè della digestione gastrica (Loeper). Si tratta in questi casi della comparsa di dolori violenti con irradiazioni dorsali e scapolari accompagnati da vomiti biliari o alimentari che arrecano all'individuo un sollievo più o meno complesso. Gli esami clinici del contenuto dello stomaco non danno nulla di costante nè di utile per la diagnosi (ora vi è ipo, ora ipercloridina, ora un'acidità normale). Siffatte dispepsie di origine biliare si caratterizzano per essere resistenti al trattamento delle comuni dispepsie; ma sono di diagnosi molto difficile e spesso il loro reale significato si riconosce dopo che il malato ha avuto la colica!...

2° Il segno di Murphy. Se si invita il malato a fare una profonda inspirazione quando le nostre dita sono profondamente infossate sotto l'arcata costale di destra nella regione della cistifellea, allora che la vescichetta viene a toccare le dita dell'esaminatore per la spinta del fegato in basso durante l'inspirazione iniziata questa si arresta di colpo.

3° Il segno di R. Abrahams. Stando il malato in decubito dorsale se il medico bruscamente infossa l'indice ed il medio della mano destra nel punto di mezzo di una linea tirata dall'ombelico alla nona cartilagine costale, l'infermo accusa subito un dolore vivo come se fosse stato toccato da uno strumento puntuto. Ad ogni nuova ed identica pressione il dolore si ripete.

4° La diarrea prandiale di Linoissier. Consiste in uno stimolo improvviso ed imperioso a defecare che si prova durante o subito dopo i pasti; esso è preceduto quasi immediatamente da un vivo dolore all'epigastrio od alla regione cistica. L'ammalato emette della bile pura con prurito all'ano.

5° La crisi gastralgica di Chauffard. Si avvicina del tutto alla colica epatica. È un tipo nettamente doloroso. « In alcuni soggetti senza che abbia preceduto un disordine dietetico od una causa alimentare dimostrativa, ma più spesso dopo uno strapazzo fisico, delle scosse brusche, un'emozione, appare all'improvviso un crampo violento all'epigastrio e quasi sempre, a distanza dai pasti; esso dura più o meno a lungo e si calma con il caldo. Passata la crisi, la funzione gastrica torna normale. Questo andamento, parosistico, l'assenza di ogni dolore nell'intervallo fra le crisi sono i due fatti significativi che debbono mettere in guardia ».

Per la cura bisogna insistere sul regime alimentare che non differisce da quello abituale dei calcolosi conclamati.

Prendere dell'acqua alcalina preferendo la ricetta di Alberto Robin: Pr.) bicarbonato di Na gr. 8; fosfato di Na secco gr. 4; solfato di Na secco gr. 3; benzoato di Na gr. 2; ioduro di K gr. 1 = per 1 pacchetto; S. da sciogliere in 1 l. di acqua bollita e prendere 100 grammi della soluzione intiepidita a piccoli sorsi 4 volte al giorno: appena svegliato, ½ h. prima di colezione e pranzo, 2 h. dopo pranzo. Per attenuare la sensibilità gastrica si prescrivono delle gocce calmanti: P.) tintura eterea di valeriana gr. 10; t. di belladonna; t. di giusquiamo aa. gr. 3; S. XV gocce in acqua ¼ h. prima adei 3 pasti (Loeper).

I dolori dopo il pranzo si calmano con gli oppiacei, la belladonna o meglio con la dionina (1 ctgr.); e se i medicamenti sono mal tollerati per via gastrica si diano i suppositori con sostanze che agiscano sia sulla sensibilità nervosa, sia sull'elemento spasmo: P.) estratto di valeriana ctgr. 8; estr. di belladonna ctgr. 2; dionina ctgr. 2; burro di cacao gr. 3 — per 1 suppositorio (Loeper).

D. MASELLI.

CHIRURGIA.

Sulle indicazioni e le controindicazioni alla prostatectomia.

(VICTOR BLUM. *Wiener Klinische Vochenschrift*, N. 20, 1920).

Mentre sono a conoscenza di ciascuno casi di ipertrofia prostatica curati col cateterismo durante decine di anni senza che sorgessero mai complicazioni gravi, malgrado gli inevitabili errori di asepsi, è disgraziatamente certo che il frequente cateterismo è per molti pazienti cagione di infezione della vescica, dei bacinetti, dei reni, della prostata, dei testicoli o di tutto l'organismo. I prostatici finiscono per soccombere a queste malattie dopo aver sopportato una vita penosa per un tempo più o meno lungo. In una statistica di Watson comprendente 207 casi di ritenzione di orina da affezioni prostatiche curati col cateterismo, fu tenuto conto della sorte definitiva con gli stessi sistemi coi quali si giudicano i risultati delle operazioni. Si trovò che nel primo mese dall'inizio del cateterismo sistematico si ebbe una cifra di mortalità di 8 %, nei primi due

mesi del 10 %. In un'altra statistica di Squier si trova che nei primi due anni e mezzo di cateterismo il 50 % dei prostatici soccombe.

Oltre i pericoli del trattamento col catetere, bisogna considerare che tale terapia è semplicemente sintomatica e che non si può assicurare al paziente di non dover ricorrere all'operazione più tardi in condizioni più sfavorevoli.

Ma, anche prescindendo dalle complicazioni, vi sono motivi inerenti al processo anatomopatologico dell'ipertrofia prostatica che consigliano l'operazione radicale. È noto infatti che con una relativa frequenza la cosiddetta ipertrofia nascondè una degenerazione carcinomatosa. Albarran e Hallé trovarono che su 100 pazienti venuti a morte col quadro clinico della semplice ipertrofia, l'esame istologico mostrò segni certi di degenerazione maligna in 14 casi.

In presenza di questi fatti l'entusiasmo per il cateterismo e per i trattamenti specialistici deve cessare; tanto più se la terapia chirurgica radicale può dare risultati migliori. Ecco alcuni dati statistici:

Cateterismo: mortalità 8-10 %; casi 207 (Watson).

Castrazione, vasectomia: mortalità 27,5 %, casi 462 (Watson).

Puntura soprapubica, cistostomia: mortalità 33 % casi 146 (Poncet).

Operazione di Bottini: mortalità 6,3 %, miglioramento 86 %, senza miglioramento 7 %, casi 1164 (Freudenberg).

Prostatectomia perineale: mortalità 6,5 %, miglioramento 85,5 %, senza miglioramento 8 %, casi 1000 (Proust).

Prostatectomia perineale: mortalità 3,8 %, casi 450 (Young).

Prostatectomia soprapubica: mortalità 8,5 %, senza miglioramento 2 %, casi 1724 (Blum).

Prostatectomia soprapubica: mortalità 5,5 %, casi 1036 (Freyer).

Le indicazioni alla prostatectomia hanno mutato con l'andar del tempo. Circa 20 anni fa era consuetudine ricorrere all'operazione radicale solo spinti dalla necessità. Occorrevano ritenzioni complete con impossibilità di cateterismo, oppure emorragie prostatiche gravi o profuse suppurazioni prima di decidere l'intervento, e questo doveva qualche volta limitarsi a operazioni palliative. A queste limitate indicazioni fanno contrasto le consuetudini recenti di Freyer il quale esegue la prostatectomia transvescicale qualunque siano l'età del paziente, la grandezza della prostata, lo stato funzionale dei reni e il grado di infezione urinaria.

L'A. non crede di dover accettare una regola così assoluta. Certo tra tutte le operazioni e i trattamenti specialistici (fra i quali del tutto inutili sono il massaggio, l'elettricità, la Röntgenterapia e la radioterapia) la terapia chirurgica radicale è l'unica veramente efficace e, come s'è visto, è la meno pericolosa. Però vi sono soggetti nei quali esistono condizioni del tutto particolari che modificano l'indicazione generale.

L'*età* ha sempre costituito un grande elemento di indicazione o controindicazione. Nei prostatici giovani — come si chiamano quelli tra i 45 e i 55 anni — si sconsigliava l'operazione per l'influenza che essa aveva sulle funzioni genitali. Ma questo rimprovero sembra ingiusto in quanto che dalla discussione fatta all'ultimo Congresso internazionale di urologia apparve che, dopo una prostatectomia soprapubica bene eseguita, la funzione genitale non corre rischio, anzi una gran parte dei malati riferisce d'aver avuto un aumento della *facultas coeundi.*

Più importante sembra essere il problema se una molto avanzata età controindichi l'operazione. Il problema deve esser risolto in senso negativo essendo che in grosse statistiche la massima parte degli operati si trova nell'8° decennio e che i risultati non sono peggiori di quelli ottenuti in soggetti più giovani. Anche in vecchi di 90 anni e oltre si sono avuti buoni risultati.

Molto più che dall'età, le indicazioni operatorie vengono influenzate dallo *stato generale.*

Le gravi forme di cachessia e del marasma (caratterizzate da forte dimagramento, edemi, alterazioni del cuore e delle funzioni renali), il quadro della cachessia urinaria con stato anche solamente suburemico, un coma diabetico incipiente o minacciante, formano senza dubbio controindicazioni assolute. Anche controindicata è l'operazione in casi di tubercolosi o di cancro degli organi interni.

L'arteriosclerosi è presente in quasi tutti i casi, ma a meno che non esistano fenomeni di debolezza cardiaca (aritmie, extrasistoli, edemi, dispnea) non v'è ragione di sconsigliare l'operazione. Spesso l'A. ha veduto una pressione di 180-200 mm. di Hg scendere durevolmente dopo l'operazione. In genere una precauzione da usare nei cardio-pazienti e specialmente nei bronchitici e negli enfisematosi è quella di evitare la narcosi.

Grande importanza nel regolare le indicazioni ha la funzione renale; la sua importanza resta provata dal fatto che in uno studio statistico sulle cause di morte dopo prostatectomia

(Watson) l'uremia e l'insufficienza renale in genere figurano nel 35 % dei casi.

Secondo l'A. l'operazione deve essere sconsigliata quando il ritmo di galoppo del cuore o il fenomeno di Cheyne-Stockes o la scarsa quantità di urina, l'albuminuria, la cilindruria o infine il ritardo nella eliminazione delle sostanze coloranti e la ritenzione ureica nel sangue indichino uno stato uremico in atto o solamente prossimo.

Nei casi di insufficienza renale di lieve grado l'operazione non è controindicata. In questi casi come indice prognostico per l'operazione viene usato un drenaggio a permanenza della vescica mediante catetere o mediante cistotomia soprapubica. È meraviglioso come spesso tutti i segni dell'intossicazione urinaria scompaiono dopo l'applicazione di un catetere per una o due settimane. Praetorius ha anche proposto di giudicare la funzione renale dalla quantità di orina emessa in 24 ore attraverso il catetere. Se, dopo il drenaggio della vescica, si ha una considerevole diminuzione della quantità di orina senza che i sintomi urotossici scompaiano, ciò è sempre *signum mali ominis*. Se invece, insieme con un miglioramento dei segni dell'intossicazione orinaria (diminuzione della sete, della *dysphagia buccalis*, della dispepsia), si ha un aumento della diuresi, questa reazione positiva è di buona prognosi per la prostatectomia.

Altre indicazioni e controindicazioni vengono fornite dallo *stato della vescica*.

Guyon e la sua scuola avevano ammesso che la ritenzione orinaria completa o incompleta dei prostatici dipendesse da una degenerazione arteriosclerotica del muscolo vescicale. Ma i risultati della prostatectomia hanno dimostrato che la funzione vescicale si ripristina nella maggior parte dei casi in modo completo e che, quando persiste la ritenzione orinaria, trattasi di solito o di operazioni incomplete o di affezioni del midollo spinale.

Complicazione frequente è l'infezione della vescica. Questa ha formato in tempi passati una controindicazione all'operazione; ma sembra ora all'A. di dover seguire un indirizzo diverso e che anche le più gravi forme di infezione vescicale con decomposizione delle urine, con lesioni ulceroso-difteriche della mucosa e anche con cisto-pielo-nefrite cronica costituiscano indicazione all'intervento dopo un trattamento preparatorio con catetere a permanenza, con lavaggi ed eventualmente ricorrendo alla prostatectomia in due tempi. Occorre in particolar modo richiamar l'attenzione sul fatto che proprio i casi di infezione d'antica data danno i migliori e più rapidi risultati; che in questi casi le complicazioni settiche appartengono alle più grandi rarità, mentre nei casi nei quali la vescica non è infetta l'intervento sembra più pericoloso. Ciò suggerisce che la lunga consuetudine alle tossine batteriche dell'orina infetta conferisca una certa immunità contro i pericoli postoperatorii delle infezioni delle ferite. In infezioni croniche certamente dimostrate delle vie orinarie superiori si ha non raramente la sorpresa di veder scomparire, dopo la prostatectomia, quasi tutti i sintomi subbiettivi e obbiettivi di queste complicazioni. Il ristabilirsi della funzione vescicale normale porta a una restaurazione della funzione renale.

Anche le prostatiti acute e croniche — che non mancano quasi mai quando la vescica è settica e i cateterismi si protraggono — come le epididimiti recidivanti e le infiammazioni delle vescicole seminali formano importanti indicazioni all'operazione. Controindicazione è invece formata dalla presenza di ascessi prostatici.

La contemporanea esistenza di calcoli o di diverticoli o di tumori vescicali con l'ipertrofia della prostata consiglia l'intervento, il quale consisterà nella prostatectomia e nella cura radicale della affezione concomitante.

Altre indicazioni e controindicazioni vengono infine fornite dalla *forma anatomica e dallo stadio clinico nel quale si trova l'ipertrofia della prostata*.

In ogni caso occorre ricercare quale sia la forma anatomica della malattia prostatica. Ciò si fa con l'esame rettale, con la palpazione bimanuale e con l'esame cistoscopico. La grandezza della prostata non è in rapporto con la gravità dei disturbi: un piccolo lobo medio può produrre le più gravi ritenzioni e i più penosi stimoli a orinare, mentre gigantesche prostate possono produrre niente più che una moderata disuria. Nel primo caso anche una minuscola ipertrofia richiede la prostatectomia, mentre nel secondo, se i pazienti si trovano da molto tempo nel cosiddetto primo stadio (pollachiuria notturna) possono essere sufficienti i mezzi palliativi.

Se l'esame desta il sospetto di una degenerazione maligna (dolorabilità, configurazione ineguale, bitorzoluta, aspetto mammellonato del lobo medio che sanguina facilmente) l'indicazione alla prostatectomia è assoluta.

Come si è già detto, gli ascessi prostatici controindicano la prostatectomia; la calcolosi della prostata, al contrario, non può essere curata che con la prostatectomia.

La forma anatomica dell'ipertrofia prostatica influisce ancora sulle indicazioni nel senso che

gli alti gradi di deformazione dell'uretra prostatica prodotti da sporgenze del lobo medio o di nodi ghiandolari, i quali oppongono gravi difficoltà al cateterismo, possono porre una indicazione assoluta di importanza vitale.

Riguardo allo stadio clinico nel quale si trova la malattia, si può dire quanto segue.

Nel periodo premonitorio (pollachiuria notturna, assenza di ristagno, di cistite e di disturbi dello stato generale) l'operazione non è indicata, essendo che molti pazienti possono rimanere in questo stadio per tempo indefinito. L'operazione profilattica (Freyer) non pare giustificata, poichè il pericolo di essa non è proporzionato ai disturbi del paziente.

Nello stadio di ritenzione (costante presenza di orina residua o ritenzione completa con inizio di disturbi dello stato generale) la prostatectomia è indicata di pieno diritto, essendo che la necessità del cateterismo importa un rischio superiore a quello dell'operazione (Watson). Nello stadio di distensione (vescica sovradistesa, incontinente, gravi alterazioni dello stato generale, urotossiemia cronica) spesso le lesioni renali sono divenute irreparabili. Se in essi col trattamento interno e col catetere a permanenza si riesce a ristabilire la funzione renale normale, la prostatectomia può essere eseguita con successo. Questi sono i casi nei quali l'applicazione per mesi di un catetere a permanenza o la cistotomia soprapubica debbono precedere la prostatectomia.

E. G.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Congresso della Federazione tra i medici addetti alla vigilanza igienica.

Pochi Congressi hanno avuto successo più completo del recente Congresso di Trieste. Infatti il numero e l'autorità dei convenuti, l'importanza degli argomenti trattati, la signorilità dei festeggiamenti, la cordiale partecipazione delle Autorità cittadine, conferirono alla riunione una caratteristica tanto solenne, e nell'istesso tempo tanto famigliare, da renderne indimenticabile il ricordo. Preparata a Roma da quell'insuperabile organizzatore, che è il dott. Palomba, segretario generale della Federazione fra i medici igienisti addetti alla Vigilanza igienica, trovò il suo coronamento nell'attività del prof. Lustig, presidente del Comitato ordinatore, e nell'opera fervida del dottor Jellertsig, anima e mente direttiva del Comitato stesso.

L'inaugurazione del Congresso avvenne il giorno 14 maggio u. s., alla presenza di S. E. Mosconi, Governatore della Città di Trieste e del conte Noris, Commissario straordinario, i quali, con discorsi efficaci, lumeggiarono il significato patriottico della riunione e la sua altissima importanza nei riguardi dei problemi igienici attuali.

Roma era degnamente rappresentata dall'Assessore prof. Pediconi, oratore felicissimo e simpatico, nonchè dal prof. Gualdi, ufficiale sanitario, e dai medici più autorevoli dell'Ufficio d'Igiene. La Direzione generale della Sanità pubblica del Regno, con l'illustre prof. Gosio; Venezia e Torino coi professori Vivante ed Abba; la Federazione degli Ordini dei Medici col dott. Mann; il gruppo medico parlamentare coll'on. Capasso; l'Ordine dei medici di Roma col dott. Mariotti, la classe medica pugliese col dott. Carrieri, e un'eletta schiera di medici venuti, si può dire, da ogni parte d'Italia, concorsero a dare al Congresso l'impronta di un vero areopago, ove si fossero radunati uomini di fede, di esperienza e di noto valore scientifico, per discutere i più gravi ed urgenti argomenti della salute pubblica.

Oratore ufficiale, quale Presidente della Federazione, fu il prof. Sclavo, il quale, con simpatica e forbita parola, mise in luce l'importanza dell'igiene, rilevando specialmente come da essa si apprenda la maniera di evitare molte infermità, donde l'opportuno provvedimento d'imporne l'insegnamento fin dalle prime scuole con personale competente ed equamente retribuito. Da ciò egli concluse che l'applicazione dell'Igiene dev'essere compito esclusivo dei tecnici, la cui preparazione non può venire che da una profonda riforma degli Istituti d'igiene.

Due interessanti sedute furono dedicate al progetto di legge sulla riforma della vigilanza igienica, riforma che fu la piattaforma della Federazione dei Medici igienisti, fin dall'inizio della sua costituzione. Il disegno di legge, sebbene in qualche parte imperfetto, costituisce, nel suo insieme, un vero progresso, per il fatto specialmente di avere meglio determinate le funzioni e la figura giuridica dell'ufficiale sanitario e proposta una più organica, più estesa ed efficace sistemazione degli Uffici d'Igiene.

Dopo lungo e maturo esame, al quale presero parte specialmente i professori Gualdi, Abba e Vivante, il disegno di legge, salvo qualche emendamento, venne pienamente approvato, plaudendo all'opera dell'illustre Direttore generale della Sanità pubblica del Regno.

Relazioni interessantissime sopra argomenti d'Igiene sociale furono presentate alla discussione dell'importante Congresso.

La *protezione della prima e seconda infanzia*, illustrata magistralmente dal prof. Spolverini di Roma e dal prof. Ragazzi di Genova, meritò la più viva attenzione dell'uditorio, ed, in fine, l'unanime approvazione, colla quale il Congresso intese di rendersi solidale con i voti espressi dai due illustri oratori. Questi voti possono sintetizzarsi, per la protezione della prima infanzia, nel sollecito intervento di una legislazione liberale ed organica, colla quale venga assicurata parità di difesa e di provvidenze tanto all'infanzia legittima

che a quella illegittima; e che si addivenga, il più presto possibile, alla trasformazione degli attuali Brefotrofi in Asili per l'assistenza delle madri e dei bambini, affidata a medici specializzati. Che per quanto riguarda la seconda infanzia (Ragazzi), se ne continui l'opera di tutela specialmente nella scuola, cardine di ogni azione per il rinnovamento igienico nazionale.

Seguì il dott. Mariotti, Direttore dell'Ufficio centrale antitubercolare di Roma, colla sua relazione intorno alla *denuncia obbligatoria della tubercolosi*, argomento vecchio, com'egli disse, ma oggi più che mai vivo, perchè connesso ad un problema, diventato predominante dopo la guerra.

Premessa la differenza sostanziale che divide la tubercolosi dalle altre malattie contagiose, e che rende per essa inapplicabile l'assoluto principio della denuncia obbligatoria; lumeggiate le ragioni morali, non che i danni materiali che ne verrebbero al malato; messa in evidenza la conseguente odiosa disparità tra infermi poveri e ricchi, che necessariamente risulterebbe dal fatto della segnalazione obbligatoria; considerata la responsabilità non lieve del medico curante di fronte a tale provvedimento, il relatore conclude che la denuncia obbligatoria possa soltanto allora accettarsi, quando ad essa corrispondano relative opere di soccorso e di protezione, quando cioè essa rappresenti il coronamento di tutto l'edificio profilattico e assistenziale. Senza questa condizione la denuncia obbligatoria rivestirà sempre il carattere di una misura vessatoria, e motivo costante di opposizione da parte dei medici.

È un'utopia, osserva il Mariotti, sostenere la denuncia obbligatoria colla necessità di ottenerne un più vasto e completo censimento dei malati, una norma infallibile per una rigorosa e sicura applicazione di provvedimenti profilattici ed assistenziali. Questo concetto, derivazione diretta della teoria contagionistica, se può considerarsi scientificamente seducente, è irrealizzabile nella pratica, data la straordinaria diffusione e complessità di forme della tubercolosi.

Ma, a parte ciò, e indipendentemente dal fatto che la conoscenza dei tubercolosi può aversi da tante altre fonti, quali, p. es., gli Ospedali, i Dispensari, i Riparti di accertamento diagnostico, gli Uffici d'Igiene, l'Ufficio Sanitario Provinciale, ed in grandissima parte dalla denuncia obbligatoria vigente in Italia, quali benefici, domanda il Mariotti, porterebbe questo censimento, senza la disponibilità di mezzi corrispettivi, capaci di provvedere alla complessa assistenza dei censiti e delle loro famiglie? Prepariamo prima e gradatamente una vera e propria organizzazione di opere antitubercolari, non solo nei riguardi igienici, ma sopratutto in quelli sociali, ed arriveremo così alla *denuncia spontanea* dell'interessato, frutto del diritto all'assistenza ufficiale.

Solo in alcuni casi potrà parlarsi di necessità assoluta di denuncia, quando cioè sia impossibile di fronteggiare altrimenti il pericolo del contagio. Ma in questo caso è soltanto il medico curante che deve giudicare, è la sua coscienza che deve agire, per assumersi la facoltà di denunciare. (Denuncia facoltativa).

Con opportuni argomenti il relatore sostiene che la denuncia della tubercolosi, quale noi l'abbiamo fin dal 1901, non ha bisogno di essere modificata, nel senso cioè di generalizzarla. Essa è più che sufficiente, se si tien conto specialmente di altre fonti di segnalazione; dev'essere piuttosto meglio osservata e più diligentemente applicata da parte dei medici.

Il relatore conclude che la denuncia obbligatoria, quale provvedimento isolato, non può essere praticamente applicabile e ripete che essa, in ogni caso, deve essere il corollario di un'organizzazione di opere, preparata a vantaggio dei tubercolosi e a difesa della collettività. Tutte le conclusioni e voti del Relatore furono vivamente approvati dal Congresso.

L'assessore prof. Pediconi, confermando il giudizio espresso dal Mariotti riguardo alla inutilità della denuncia obbligatoria della tubercolosi, considerata nei rispetti del censimento dei malati, presenta una sua relazione per dimostrare come nel Comune di Roma si possa raggiungere la più larga segnalazione di tubercolosi, mediante il contributo dei medici condotti, dei medici scolastici, del Dispensario Comunale, degli Ospedali, delle Case di salute, ecc. È questione di organizzare razionalmente i servizi.

Problema sociale connesso direttamente colla tubercolosi è, senza dubbio, l'isolamento dei tubercolosi. Su tale importante argomento riferì il prof. Roatta di Firenze, anche per la parte affidata al prof. Sforza di Roma, non presente al Congresso. Cominciò dal distinguere le varie forme d'isolamento, le necessarie provvidenze relative, richiamando l'attenzione specialmente sulle maestranze della profilassi antitubercolare e sulla necessità delle visitatrici.

L'interessante relazione, che mise in luce la forte competenza dell'Autore, fu efficacemente riassunta in questo ordine del giorno:

Il Congresso, considerando che i mezzi d'isolamento dei tubercolosi, a nostra disposizione, sono di scarsa efficacia pratica;

Che l'uomo è naturalmente molto resistente alla tubercolosi;

Che cause molteplici d'indole antigienica e antimorale indeboliscono troppo spesso questa resistenza;

Fa voti:

Che la profilassi antitubercolare si orienti assai più verso la lotta contro queste cause predisponenti; specialmente intensificando i provvedimenti riguardanti l'igiene dell'abitazione, del lavoro, dell'istruzione, e sovratutto il rinvigorimento e l'educazione dell'infanzia.

A complemento degli argomenti sulla tubercolosi, diffusamente trattati, il prof. Banfi, direttore dell'ospedale di Vimercate (Milano) comunicò un suo accuratissimo studio per l'impianto di un Sanatorio Popolare per tubercolosi della Provincia di Milano.

La relazione rivelò la straordinaria competenza dell'autore e la perfetta modernità dei suoi concetti per la fondazione di opere sanatoriali.

Essa venne calorosamente applaudita ed approvata per acclamazione. Giusto omaggio al valore e alla fede del prof. Banfi.

A questa pratica e brillante relazione seguì quella *sulla profilassi delle malattie veneree*, illustrata dal prof. Pecori di Roma, anche nella parte riservata al prof. Mantegazza di Pavia, assente. Egli riferì specialmente, colla sua nota competenza, sull'*azione dei Comuni nella profilassi delle malattie veneree*, argomento di viva attualità e di straordinario interesse pratico. Dopo una chiara e concludente illustrazione critica della vecchia e nuova legislazione sull'argomento, dimostra che i più importanti provvedimenti oggi consentiti per la profilassi delle malattie celtiche sono di spettanza dell'autorità sanitaria comunale, *così come la profilassi di ogni* altra malattia infettiva. Essa deve perciò valorizzare i Dispensari, provvedendo ad una razionale scelta ed ubicazione dei locali, ad un'accurata selezione del personale sanitario, mediante regolare concorso, all'abolizione dei così detti medici *fiduciari*, alla vigilanza delle case di meretricio per mezzo dell'ufficiale sanitario, all'osservanza delle disposizioni di legge sul baliatico mercenario, all'organizzazione di una pratica propaganda, specialmente nei centri operai, all'applicazione, in una parola, di tutti i mezzi capaci di correggere la preoccupante diffusione di tali malattie.

Non poteva essere a meno che le conclusioni e i voti del prof. Pecori non fossero approvati dal Congresso con unanime consenso.

Lo stato attuale della lotta contro la malaria, uno dei nostri più grandi flagelli, fu riassunto magistralmente dal prof. Antonio Dionisi dell'Università di Palermo, malariologo fra i più illustri di Italia. Compendiò le condizioni della difesa della malaria in questo stmplice e scoraggiante enunciato: *tentativi molti* e *risultati non soddisfacenti*, illustrando con rara competenza gl'indirizzi finora seguiti nella lotta antimalarica.

Sulla base di un'esperienza personale dimostra, contrariamente a recenti affermazioni, che la cura chininica preventiva quotidiana preserva per lungo tempo dalla malattia, ma non dall'infezione, che può rimanere latente per lungo tempo. Rileva peraltro che questo metodo di cura sia riservato a condizioni eccezionali, quando cioè sia impossibile di tentare altra difesa.

Viene in seguito a parlare della difesa dall'infezione il cui scopo è di sterilizzare i malati, delle recidive, delle sue origini, e dei mezzi per prevenirle, giungendo alla parte più saliente della sua interessantissima relazione, alla *cura dei malarici*, il cui elemento principale deve trarsi, innanzi tutto, dal loro esatto censimento, e dalla condizione di avere a disposizione ospedali o infermerie specializzate, convalescenziari per adulti e per bambini, mezzi di trasporto rapidi per il personale sanitario e per infermieri.

Insiste specialmente sulla necessità della *carta della malaria*, per poter provvedere razionalmente al risanamento dell'ambiente, per il quale occorrono altri urgenti provvedimenti, che egli enumera, in mezzo alla più viva attenzione del Congresso.

Propone, fra le altre cose, che sia istituito in ogni Provincia un ufficio tecnico per la difesa della malaria, composto di un medico specializzato, di un zoologo, di un ingegnere idraulico e di un agricoltore.

La dotta ed esauriente relazione, esposta con forma semplice e brillante, meritò all'illustre prof. Dionisi le più entusiastiche approvazioni ed unanimi applausi.

Il prof. Rondoni di Firenze trattò della pellagra, nella sua etiologia e nella sua patogenesi, riservandosi il dott. Sturli di Trieste la parte clinica.

Ambedue le relazioni, data l'importanza sociale dell'argomento, e il riconosciuto valore dei relatori, vennero seguite col massimo interesse dai Congressisti, e pienamente approvate nelle loro conclusioni.

Così ebbe termine il programma scientifico del Congresso, programma della cui scelta noi non possiamo che felicitarci, in considerazione specialmente delle nuove vie da esso tracciate per la soluzione dei problemi igienico-sociali più urgenti.

La completa riuscita di questo Congresso affida del pieno successo che avrà anche quello di Trento, proposto per l'anno venturo, sotto gli auspici della ormai benemerita Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica.

u. m.

Riunione Radiologica Emiliana.

Per iniziativa del prof. Busi di Bologna e Rossi di Parma, i radiologi Emiliani e delle città limitrofe hanno stabilito di indire riunioni scientifiche periodiche per ivi esporre i risultati della propria esperienza e mostrare i casi clinici più importanti. La prima riunione ha avuto luogo a Villa Verde, nell'Istituto di radiologia del prof. Busi. Sono intervenuti: i dottori Rossi, Sighinolfi, Palmieri, Maffeo, Tarugi, Fiorini, Magni, Ramusani, Tapparelli, Pini, Montanari; e i professori: Busi, Balli, Biffi.

Il prof. Busi, dopo avere illustrato il suo Istituto diviso in varie sale, per la diagnostica, la terapia, il comando degli apparecchi, ecc., e fornito di istrumenti e di suppellettili completamente italiani, ad eccezione di qualche ampolla americana o francese, ha illustrato alcuni *casi clinici* assai interessanti.

In una ragazza, nella quale evidenti differenze del suono plessico delle regioni apicali aveva indotto parecchi distinti medici nel sospetto di tubercolosi polmonare, l'esame radiologico del torace ha rivelato la presenza di costole cervicali soprannumerarie, lunghe a decorso asimmetrico, con integrità del parenchima polmonare. Ha poi illustrato alcuni casi di calcolosi epatica (calcoli calcificati); uno di diverticolite del colon, una serie di ulcerazioni gastriche, e finalmente uno raro di sifilide tardiva dello scheletro a focolai multipli, simulante in qualche sede l'osteite fibrosa di Reklinghausen.

Ortodiagrafia del cuore e cardiovolumetria.

Il dott. PALMIERI ha illustrato la *«Ortodiagrafia del cuore e cardiovolumetria»* mostrando gli oggetti dei suoi esperimenti ed alcuni ortodiagrammi.

L'O. sperimentando con cuori di stucco ricopiati dal cadavere, riesce a dimostrare quanto segue:

Uno stesso cuore, se orientato diversamente nel torace, per condizioni estrinseche, legate più spesso alla conformazione somatica, può dar luogo ad ortodiagrammi diversi, per forma, per superficie, per lunghezza dei vari diametri, tracciati secondo i metodi più noti.

L'O mostra da ultimo qualche caso, in cui all'esame clinico era indubitata la diagnosi di un'affezione valvolare (mitralica, aortica, ecc.) ed in cui l'ortodiagrafia non riusciva a dimostrare un aumento di volume del cuore.

Sindrome scafoidea del Kohler.

Il prof. BALLI R. riferisce sulla *«Sindrome scafoidea del Kohler e sua probabile interpretazione patogenetica»*.

Il prof. Balli, ricordata la storia di questa sindrome, e, notato che i due primi casi descritti in Italia lo furono dal Bertolotti, ne riferisce uno nuovo, a lui occorso in un bambino di sette anni, nello scafoide del piede di destra.

Della rara e poco nota particolarità l'O., dopo avere ricordata la sintomatologia (claudicazione, dolore alla pressione sullo scafoide) dimostra, in base a numerosi radiogrammi, la sproporzione che presenta lo scafoide di destra di fronte a quello di sinistra e alle altre ossa del piede, il suo aspetto atrofico a raggrinzato, la frastagliatura dei contorni, la mancanza di una netta trabecolatura, l'ipercalcificazione al centro dell'osso.

Articolazione coraco-clavicolare.

Il prof. BALLI riferisce ancora su *«Il reperto radiografico dell'articolazione coraco-clavicolare»*.

L'O. crede si tratti di una anomalia non a carattere atavico, ma a carattere progressivo e ritiene inoltre, che l'importanza del reperto abbia valore anche dal punto di vista clinico per una esatta interpretazione della percussione degli apici.

I raggi X nella coxite infantile.

Il dott. TARUGI accenna ad osservazioni da lui fatte nella pratica privata e negli stabilimenti di Salsomaggiore, osservazioni che risalgono a molti anni or sono, *«su una particolare efficacia dei raggi X nella cura della coxite infantile»* per cui l'O. si domanda se tale metodo di cura non si debba in molti casi preferire alla cura ortopedica.

L'O. promette di documentare quanto prima le sue osservazioni con la presentazione di casi clinici studiati anche dal punto di vista radiologico.

La riunione si chiuse dopo aver deciso con voto unanime di tenere la seconda fra due mesi a *Parma*, e pregando il prof. Busi di preparare una rivista «Sulla radiologia del cieco e dell'appendice».

A. VALENTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Anafilassi antipirinica comparsa dopo una lunga fase di sensibilazione e desensibilazione

Un notevole numero di osservazioni prova che le modificazioni umorali che caratterizzano lo stato anafilattico sono determinate non solo da sostanze albuminoidee, ma anche da sostanze cristallizzabili.

Widal e Pasteur-Radot descrivono (*La Presse Médicale*, 1920, n. 10) un nuovo esempio di stato anafilattico provocato in una donna dall'antipirina.

La malata aveva potuto per nove anni ingerire dell'antipirina senza risentirne alcun disturbo; all'antipirina aveva dovuto spesso ricorrere essendo sofferente di emicrania.

All'età di 33 anni la malata notò i primi sintomi di un diabete: nella stessa epoca ebbe degli accidenti cutanei in seguito all'assorbimento dell'usuale antipirina, accidenti che si ripetevano pochi minuti dopo la ingestione del medicamento: la donna accusava nella regione labiale una sensazione di bruciore, le labbra ed i loro contorni divenivano rosse e tumefatte; alcune ore dopo piccole vescicole comparivano sulle chiazze eritematose e si disseccavano nei giorni successivi.

All'età di 42 anni cessa l'uso dell'antipirina per consiglio del medico.

A 49 anni entra, per farsi curare il diabete, nell'Ospedale diretto dagli AA.; sottoposta sperimentalmente all'azione dell'antipirina, nove minuti dopo l'assorbimento mostra di nuovo gli accidenti cutanei: senso di bruciore perilabiale, edema rosso, localizzato, persistente alcune ore e seguito l'indomani da nuova *poussée*. La malata era dunque sempre in stato anafilattico rispetto all'antipirina, e gli accidenti erano dello stesso tipo, con identica localizzazione.

I saggi fatti nelle settimane seguenti mostravano l'apparire dei fenomeni in un lasso di tempo variabile da 4 a 12 minuti dopo l'ingestione; l'intensità dei fenomeni era indipendente dalla dose ingerita: gr. 0.10-0.50-0.75. Presso tale malata dunque vi era stata una fase di sensibilazione assai lunga (nove anni) e sola-

mente dopo ciò comparvero i caratteristici fenomeni ogni volta che la p. ingeriva antipirina: malgrado sette anni di astinenza lo stato anafilattico persisteva ancora, senza modificazioni.

Proseguendo gli esperimenti sul caso in esame gli AA. stabiliscono che la dose più debole capace di scatenare la crisi era rappresentata da gr. 0.02 di antipirina: non solo, ma utilizzando il metodo di antianafilassi proposto da Pagniez e Pasteur-Radot contro gli accidenti di anafilassi digestiva, facendo cioè assorbire la dose minima di gr. 0.03 - 0.02 - 0.01 - 0.005 di antipirina prima di farle ingerire successive dosi massive a distanza di un'ora, ottennero che 50 giorni dopo la ripresa dell'antipirina una dose massiva di 50 ctg. non provocava che accidenti insignificanti, e 64 giorni dopo la malata poteva impunemente assorbire fino 1 gr. di antipirina: in tal modo s'era ottenuta la completa desensibilazione dell'organismo.

Gli AA. concludono che tale fatto di anafilassi antipirinica sorpassa la portata di un semplice fatto di anafilassi alimentare: l'osservazione clinica portata su di un periodo di 25 anni ha permesso di seguire con precisione sperimentale tutto il ciclo dell'anafilassi con le tre nette fasi di *preparazione* o *sensibilazione*, di *anafilassi* e di *desensibilazione*.

Similmente a quanto avviene per le sensibilazioni dovute ad inalazione o ingestione di alcune sostanze, anche qui è stato necessario per preparare l'organismo un lungo periodo con azione ripetuta della sostanze anafilattizante. Lo stato anafilattico una volta stabilitosi ha persistito esattamente riproducendo gli stessi accessi anche parecchi anni dopo la cessazione dell'uso del medicamento. Infine questo stato di anafilassi è scomparso sotto l'influenza della ripresa del medicamento a dosi subentranti, alternate dosi grande e dosi piccole.

MONTELEONE.

Azione insolita dell'adrenalina nei vecchi.

Dopo iniezioni ipodermiche di adrenalina (0.3-0.8 mg.) si osserva talvolta (Arnstein-Schlesinger, *Wien. klin. Wochens.*, XXXII, pag. 79) nei vecchi, preceduta spesso da un'ipertensione di pochi minuti, un'ipotensione, che può durare per molte ore. Talvolta la pressione rimane invariata. Il polso è inalterato per frequenza, oppure è bradicardico. La diminuzione della pressione sanguigna e della frequenza del polso non va sempre parallela.

Quando l'ipotensione è dovuta a debolezza cardiaca si ha tachicardia. Se ciò non è il caso, la diminuzione di pressione va attribuita ad una stimolazione dei vaso-dilatatori. Questo fatto potrebbe esser favorito dalla povertà dei tessuti di calcio.

La bradicardia protratta per ore, anche senza concomitante diminuzione della pressione, o il restar invariato del polso sono dovuti ad una reazione modificata degli apparati nervosi.

Accessi stenocardici dopo iniezioni di adrenalina vengono osservati soltanto nell'arteriosclerosi delle coronarie. Lo spasmo vasale è l'effetto d'una reazione paradossa dovuta a resistenze del circolo sanguigno troppo forti per vasi alterati. Non è da escludersi che l'accesso stenocardico possa venir favorito dal fatto che la contrazione iniziale normale viene prolungata e intensificata quando le coronarie sono ateromasiche.

Nei vecchi si osserva soltanto il 10 % di glicosuria dopo adrenalina, ove non si adoperino dosi superiori ai 0.8 mg.

m. p.

Intossicazione mortale da carbonato e solfuro di bario dati invece del solfato di bario per esami radiologici.

R. Bensaude e Ed. Antoine (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 maggio 1919) hanno osservato due casi di intossicazione per solfuro e carbonato di bario, dati per errore invece del solfato. Nell'uno, l'ingestione di una dose di 40 grm. ha provocato quasi istantaneamente, in una donna in buono stato di salute, segni d'intolleranza, con vomiti, diarrea, atroce bruciore allo stomaco e morte in una diecina di minuti; il farmacista aveva dato un polisolfuro di bario in luogo del solfato: la tossicità notevole del solfuro ed il rapido passaggio del bario in circolo spiegano la morte.

In un altro caso il farmacista, non avendo carbonato di bismuto, aveva dato del carbonato di bario: l'ammalato, esaurito, dimagrito e con tare di sifilide e di malaria, aveva ingerito 80-100 grm. del prodotto e se ne era liberato presto in gran parte col vomito. La morte avvenne solo dopo 35 ore e dopo alternative di miglioramenti e peggioramenti; i sintomi presentati sono stati vomiti biliosi, acquosi e poi striati di sangue; sensazione di paresi muscolare agli arti ed alla nuca, eccitazione cerebrale e loquacità, rallentamento del polso, coincidente con polipnea di media intensità: la morte si è verificata probabilmente per intossicazione bulbare.

Queste due osservazioni non sono isolate: ve ne sono altre, trattasi però sempre di sostituzione di sali solubili a quelli insolubili, come il solfato, che è solubile solo a 1/450.000, e

leggermente più solubile in presenza di acido cloridrico, sempre però in proporzioni assolutamente inoffensive. I sali di bario sono del resto raramente usati in farmacia (il solfuro entra nella composizione di paste depilatorie) e dovrebbero quindi solo raramente prestarsi a confusioni: vengono però usati in industrie alimentari (il cloruro per diminuire la gessatura dei vini, il carbonato fraudolentemente aggiunto alle farine per aumentarne il peso) e si comprende quale pericolo possono presentare, sebbene le dosi tossiche debbano valutarsi soltanto a grammi.

Ad ogni modo è bene mettere in guardia medici e farmacisti, per evitare gravi danni; il medico, prescrivendo il sale per uso interno, scriva solfato di bario chimicamente puro per uso interno, sottolineando tre volte la parola solfato, o, meglio, ricorra ai prodotti fabbricati dall'industria a scopo radiologico. Il farmacista, ben inteso, deve guardarsi bene da qualsiasi sostituzione. In tali condizioni si può usare senza timori il solfato di bario, che in complesso, anche con i possibili errori, ha dato luogo a minor numero di intossicazioni, che il carbonato di bismuto.

l. b.

Tossicità dell'anice stellato giapponese.

L'anice stellato, detto anche anice della Cina o badiana — frutto dell'*Illicium anisatum* — viene ora sofisticato con l'anice stellato detto del Giappone, frutto dell'*Illicium religiosum*.

I dottori J. V. Negrete e C. F. Velarde (*La Semana Médica*, 6 novembre 1919) hanno voluto stabilire la tossicità di questa droga. È risultato che molti animali di laboratorio vi sono sensibili, ma che in particolare ne risente l'azione la cavia, la quale può quindi essere usata come « reattivo biologico », per determinare la sofisticazione.

Il principio attivo si comporta in primo tempo come veleno convulsivante, poi come veleno paralizzante. Si osservano anzitutto movimenti oscillatori del capo, poi convulsioni violente periodiche, poi convulsioni subcontinue, infine paresi progressiva.

I sintomi convulsivi si manifestano anche iniettando piccole quantità di infuso (in soluzione fisiologica) nel sistema nervoso centrale; dunque si tratta di un avvelenamento centrale. Per altro, i muscoli di rana perdono la loro eccitabilità se vengono sommersi nell'infuso (al 10 %); dunque è probabile che intervenga anche un'azione periferica.

I sintomi descritti sono paragonabili a quelli determinati dalla picrotossina (coccole di Levante). Se ne distinguono sovratutto per quanto concerne la tossicità relativa delle due droghe di fronte alle varie specie animali; d'altra parte gli effetti loro non si sommano.

I principî tossici dell'anice stellato « del Giappone » vengono assorbiti e ritenuti dal carbone in polvere.

R. B.

L'eritema da arsenobenzoli.

Milian (*Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 1919, 18 dicembre) insiste sulla necessità di individualizzare le varie forme dell'eritema consecutivo ad iniezione di arsenobenzoli, giacchè la patogenesi varia impone una differenziazione clinica praticamente utilizzabile.

L'eritema *infettivo* è dovuto ad una coincidenza (o ad un risveglio) di esantemi acuti: e si hanno così le varietà morbilliforme, scarlattiniforme, orticata, polimorfa, ecc., che alcuni autori attribuirono a serie « eritemogene » del preparato, mentre si tratta di coincidenze fortuite. Sono questi gli eritemi... arsenicali di gran lunga più frequenti; compaiono di regola nelle prime cure, verso il nono giorno e — dopo tre o quattro iniezioni con reazione febbrile — permettono la normale prosecuzione della cura.

L'eritema *tossico* invece, più raro, ha anche nella sua morfologia le caratteristiche dell'intossicazione arsenicale: oltre all'eritema, si hanno ectasie capillari (che rappresentano la porpora arsenicale) ed edemi dermico-ipodermici (paragonabili agli edemi cerebrali dell'apoplessia sierosa). Milian in un caso ebbe i fenomeni seguenti: edema palpebrale, degli arti, della parete addominale; eritema leggero, roseo, diffuso, ecchimotico alla diascopia. Null'altro di notevole, tranne urobilinuria. Va però osservato che questi fatti apparvero dopo ben *nove* iniezioni consecutive, tra cui quattro dosi di 0.90 e una di 1.05 (!).

Ramond pure vide — dopo 6 iniezioni di novarsenobenzolo, tra cui ben tre da 0.90 — comparire un eritema scarlattiniforme assai pruriginoso, che in breve si generalizzò, accompagnato da considerevole edema dermico, vera pachidermia acuta edematosa. Il malato finì per sembrare « un uomo di *baudruche*, rigonfio d'aria ». Negativo l'esame dei visceri e delle urine, non febbre nè fatti generali.

L'eruzione edematosa durò circa due mesi, poi guarì completamente dopo lieve desquamazione e secchezza della pelle, con persistenza del prurito.

Ramond non vede la necessità di invocare il fegato per la patogenesi di questo edema, come

fa Milian: l'intensità della vasodilatazione cutanea, manifestata dall'eritrodermia con ipertermia dei tegumenti basta a spiegare il passaggio del siero nelle maglie del tessuto cellulare dermico.

RUSCA.

Il cloruro di sodio come antidoto della stricnina.

È noto dalle esperienze di Lesné e Richet che il cloruro di sodio può modificare la tossicità della stricnina. G. Giribaldi (*Gazz. Ospedali e Cliniche*, 11 dicembre 1919) ha ripreso lo studio dell'argomento, per vedere se fosse possibile trarne qualche conclusione pratica.

Dalle sue esperienze risulta che in realtà il cloruro di sodio, diminuendo la solubilità dei sali di stricnina, può venire usato in certi limiti con probabilità di successo, ma solo in via di eccezione, quando manchi sul momento ogni altro mezzo terapeutico. Nello stomaco, il fatto della presenza di alimenti impedisce l'incontro fra stricnina e cloruro di sodio e rende quindi nulla l'azione di questo. Per via sottocutanea, l'iniezione di cloruro di sodio praticata entro 5 minuti, nello stesso punto in cui è stata fatta quella di stricnina, può salvare l'individuo; ad essa quindi si può ricorrere nel caso in cui per errore fosse stata iniettata una soluzione venefica di stricnina, e non si potesse ricorrere ad altro mezzo.

In caso di avvelenamento per via gastrica, si deve anzitutto svuotare lo stomaco, prescrivendo i soliti antidoti (acido tannico e permanganato di potassio): eccezionalmente, in mancanza di questi, si potrà, dopo aver provocato il vomito, ricorrere al cloruro di sodio, che può anche essere somministrato, dopo gli altri soccorsi, allo scopo di immobilizzare la stricnina, che eventualmente fosse sfuggita agli antidoti.

fil.

IGIENE.

Nuovo indirizzo di profilassi antimalarica.

Recentemente il Rouband, all'Accademia delle Scienze di Parigi, partendo dal fatto, da tempo accertato, che le anofele si trovano abbondanti nelle stalle e sono avide del sangue animale, propose di servirsi delle stalle come ricovero di predilezione delle anofele, liberandone in tal modo le abitazioni umane.

Ora il dott. M. Rizzi (*Annali di Igiene*, XXIX, n. 11) ha giustamente osservato che tale metodo venne escogitato ed applicato con successo in Italia, dal Rizzi stesso, già qualche anno fa. Non solo, ma l'A. ha altresì osservato che il metodo, a seconda delle condizioni, può riuscire benefico o malefico. E' un fatto che le stalle possono servire come mezzo di arresto di abbondanti anofele, che invece nelle abitazioni umane attigue si trovano in numero assai scarso; nè esse si riversano nelle abitazioni quando dalle stalle vengono allontanati gli animali. Per converso l'impianto di una stalla presso un'abitazione serve da richiamo di anofele, le quali finiscono poi col riversarsi anche nelle case attigue. E' evidente in tal caso il danno che esercita la stalla, tanto più che le anofele che vi accorrono non provengono dalle abitazioni vicine (ciò che costituirebbe una parziale liberazione di queste) ma vengono invece da luoghi assai lontani. L'asserzione è comprovata da un'osservazione dell'A. in riguardo a due abitazioni alla distanza di 100 metri, provviste ambedue di stalle; liberatane una dalle anofele, la vide ripopolarsi al completo in 2 giorni, senza notare diminuzione nella popolazione anofelica dell'altra.

Le citate osservazioni vennero fin dal 1918 utilizzate dall'A. nella lotta antimalarica a Trinitapoli. Quivi, dopo la lotta antilarvale, che, per diverse condizioni, era riuscita incompleta, le anofele si andavano ammassando, dapprima solo in direzione degli stagni, poi si estesero nei ricoveri animali e nelle prime case d'entrata in città.

Era evidente che le stalle servivano da mezzi d'arresto, ma che questo non poteva essere che temporaneo: esse costituivano un argine, superato il quale, la corrente anofelica avrebbe straripato. La lotta fu quindi diretta contro le anofele ricoverate nelle stalle: lotta faticosa ed improba, perchè, dopo uno o due giorni, il numero delle anofele sopravvenute era pari se non maggiore di quelle distrutte; i risultati però furono confortanti perchè nessuna zanzara entrò nella città, che rimase libera da nuove infezioni.

È doveroso da parte nostra richiamare l'attenzione su questo metodo di profilassi antimalarica, semplice ed efficace, che è stato messo in luce da un nostro connazionale (i primi risultati furono pubblicati nel 1° numero 1919 di *Malariologia*).

Si deve anzitutto approfittare delle stalle fuori della città ed in direzione degli stagni, come primo mezzo d'arresto; quando si teme che questo non sia sufficiente, si dovrà ricorrere alla distruzione degli stessi focolai di predilezione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1137) *Trattati d'urologia.* — All'abb. numero 12,032, Candelara:

Il trattato più completo e moderno (non è ancora uscito tutto!) è l'*Encyclopédie Française d'Urologie.* È però molto vasto e serve specialmente per chi vuole dedicarsi esclusivamente all'urologia.

Un buon trattato, che può esser molto utile anche al chirurgo generico, è il *Traité chirurgical d'Urologie* del prof. Legueu. Non è però dei più recenti e si trova ora con gran difficoltà. È questo il Trattato generale forse più consigliabile; altri, come quello del Pousson (tradotto in italiano), di Achard e Marion (pure tradotto in italiano: *Terapia urinaria*), di Pillet, di Cohn e di Casper, sono forse troppo elementari per essere consigliati a chi nella urologia vuole approfondirsi un poco.

Vi sono splendide opere moderne che si occupano di grandi capitoli della urologia: Volhard: *Nierenerkrankungen* (malattie renali di indole medica); Marion, Boyer, Germain: *Cystoscopie et cathétérisme urétéral* (atlante ottimo); Casper: *Handbuch des Kystoskopie* (buono specialmente pel testo); Albarran: *Médicine opératorie des voies urinaires* (trattato magistrale che però ora si trova con difficoltà); Voelcker e Wossidlo: *Urologische Operationslehre* (trattato modernissimo con ampia esposizione anche della endoscopia operativa, ma non tutto finora pubblicato).

E. PIRONDINI.

(1138) Al dott. R. Di Silvestro, Pola:

Sul Silbersalvarsan, oltre a numerosi lavori tedeschi, esiste una memoria del dott. U. Rebaudi (*Riforma medica*, anno XXXVI, n. 3) che il collega potrà consultare.

V. MONTESANO.

(1139) *Manuali di chirurgia e di igiene.* — Al dott. G. F. da T. ed all'abb. n. 9125:

BILLON L.: *Traité de Clinique thérapeutique chirurgicale.* 1 vol. di 1150 pag. Octave Doin ed. Parigi. — LAVAL ED.: *Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières.* 1 vol. di 700 pag. Ibidem. — A. CELLI: *Manuale dell'Igienista,* in 4 volumi. Un. tip.-ed. Torinese. — M. RUBNER: *Trattato d'igiene.* 1 vol. di pag. 1092. Soc. ed. libraria, Milano.

l. b.

(1140) All'abb. n. 10362:

Non esistono in Italia grandi stabilimenti per le malattie del ricambio. Di quelli più specializzati in questo genere di cure protremmo indicarle lo stabilimento di Ramiola (Appennino parmense), che è aperto tutto l'anno.

G. SAB.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

LOEPER M.: *Leçons de Pathologie digestive,* IVe série. Un vol. in-8 di circa 300 pag. — Masson e C., ed., Parigi. — Prezzo fr. 11.

In questa nuova serie di lezioni sulle affezioni del tubo digerente, l' A. tratta soggetti molto svariati in cui predominano le dispepsie; la conoscenza di queste ha fatto notevoli passi con la guerra, sicchè tali capitoli si leggeranno con interesse. Diverse lezioni sono consacrate alla dissenteria (lesioni rettali, anemia, debolezza cardiaca ecc.).

Qua e là si trovano diverse utili indicazioni di tecnica, come p. e. sulla misura dell'attitudine funzionale del cuore, col sussidio dell'adrenalina, sulle rettoscopie, sui metodi citologici d'esame del succo gastrico, ecc.

fil.

CH. SABOURIN: *Traitement rationnel de la Phtisie.* 6e édit. — Masson, éd., 1920, Paris. — Fr. 7 net.

Il libro di Sabourin ha scopi di propaganda utili specialmente ai malati di tubercolosi. È noto quanto valgano i sanatorî oltre che per il trattamento in sè, per la regolazione futura della vita dei malati: il libro di Sabourin cerca in maniera piana, alla portata di tutte le persone di una media cultura, di far comprendere, in una malattia curabile, tutta la razionalità delle cure consigliate dei medici. I malati di tubercolosi che conoscono la loro malattia si cureranno meglio se avranno nella loro piena conoscenza le ragioni e l'evidenza del regime che loro si impone.

Con tale principio l'A. si propone di soccorrere anche l'opera dei medici adibiti alla cura dei tubercolosi: il libro è svolto secondo tale piano, epperò la curabilità della tisi, la cura razionale della tisi, l'igiene sociale dei tubercolosi sono i caposaldi su cui l'opera è costruita.

t. p.

M. FERRARI: *Ricerche cliniche e sperimentali sulle nevriti.* — Tip. Vaccarezza, 1919, Genova. — L. 8.

L'A. nell'accurato volume tratta dello stato presente delle nostre conoscenze eziologiche, patogenetiche, anatomiche delle nevriti. Si diffonde specialmente su alcune delle più notevoli questioni dibattute come quelle della patogenesi e dell'etiologia, su cui le osservazioni di guerra hanno permesso all'A. di portare un contributo personale.

Figure chiare, vasta bibliografia.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione statale contro le malattie (1).

Modalità del compenso ai medici.

Tutto il congegno dell'assicurazione statale contro le malattie starà nelle mani dei medici.

Una condizione esseziale per il retto andamento delle operazioni consisterà, dunque, nell'ottenere una coscenziosità e scrupolosità a tutta prova da parte dei medici. Per raggiungere questo risultato occorrerà di metterli al disopra di qualsiasi lusinga o bisogno di lucro meno che lecito nell'espletamento del loro mandato di fiducia: qualunque forma si adotti per la loro retribuzione, dovrà assicurarsi loro un trattamento più che decoroso poichè un'economia male intesa frustrerebbe la legge.

Fra l'altro, importa di non lederne in nulla i diritti acquisiti, spesso conquistati aspramente e dopo decenni di lotte: intendiamo non soltanto quelli dei medici condotti e ospedalieri, sanzionati da contratti di lavoro, ma anche quelli dei liberi esercenti, legati alla consuetudine della clientela. Nessuna categoria di medici va sacrificata alle altre.

Un ammonimento vorremmo ancora aggiungere: nell'adoperarsi per addivenire alla sistemazione economica, conviene di non lasciarsi guidare grettamente dagl'interessi di classe o di categoria, ma subordinarli all'utile generale. Solo in questo modo le conquiste compiute avranno base durevole e sicura e verranno sostenute e secondate dal pubblico.

Per quanto concerne le modalità del compenso, molte soluzioni sono possibili. Ci si trova di fronte ad opinioni diverse e spesso contrastanti; tenteremo di farne un'analisi spassionata, senza lasciarci traviare da prevenzioni.

Retribuzione da parte degli assicurati.

Per eliminare tutte le difficoltà inerenti all'organizzazione dell'assistenza sanitaria nel nuovo regime, od almeno per lasciare il campo aperto ad una soluzione che soddisfi interamente i medici ed il pubblico, è stata ventilata più volte la proposta di escludere dall'assicurazione contro le malattie l'assistenza sanitaria: gli assicurati colpiti da malattia riceverebbero le sole indennità; si lascerebbe a loro carico il pagamento del medico, delle medicine e dell'ospedalizzazione (quando non ne abbiano diritto da parte del comune o per altre vie).

Questa soluzione era stata avanzata anche in seno alla Commissione ministeriale, ma venne subito scartata; in seguito essa è stata ancora ripresa — da Cingolani, Nardelli, ecc. — e non è detto che sia messa definitivamente da parte; per questo motivo conviene di fermarci alquanto a discuterla.

A nostro avviso, essa non presenterebbe che svantaggi.

In primo luogo, alletterebbe alle frodi, poichè le sovvenzioni dovrebbero essere piuttosto elevate, dal momento che su di esse gli assicurati dovrebbero provvedere a procurarsi l'assistenza sanitaria.

Per combattere la tendenza alle frodi sarebbe avveduto, invece, di ridurre al minimo i soccorsi in denaro e di moltiplicare le prestazioni (visite mediche, medicinali, ospedalizzazione, ecc.), di cui si giova solo chi ne ha effettivo bisogno. Gioverebbe sovratutto di dare incremento all'ospedalizzazione: difatti generalmente non si lascia rinchiudere in un ospedale chi non è malato e d'altra parte l'ospedale offre le maggiori facilità e garanzie di una buona assistenza.

In secondo luogo verrebbe a fallire molta parte della finalità profilattica che è nel programma delle assicurazioni; difatti il medico sarebbe difficilmente chiamato per visitare i casi leggeri ed iniziali, quindi avrebbe scarse opportunità di sorprendere e di arrestare al primo insorgere le malattie curabili, d'impedire in tempo la diffusione di malattie contagiose.

Da quella improvvida soluzione deriverebbe, infine, un danno alla famiglia medica, in quanto che le sovvenzioni in denaro verrebbero impiegate solo in minima parte a chiedere ed a compensare l'assistenza del medico: quindi i vantaggi che la classe si ripromette dall'assicurazione statale contro le malattie sfumerebbero. Molto più che in buona parte gli assicurati sarebbero poco solvibili — come avviene sempre per la clientela privata — mentre invece gl'istituti assicuratori ottemperano senz'altro e regolarmente i patti stipulati.

***

Questa soluzione, che è la più semplicista, ci sembra dunque la meno raccomandabile e la più pericolosa tra tutte quelle prospettate, tanto nei riguardi sociali, quanto nell'interesse dell'istituto assicuratore e dei medici.

---

(1) Vedi questo giornale, fasc. 23-24, pag. 635.

Come abbiamo già rilevato altrove, è stata adottata in Olanda, nel senso che il servizio medico è escluso dall'assicurazione statale contro le malattie; ma ad esso provvedono le mutue, che completano e suppliscono l'azione dello Stato. Anche nella Svizzera le Casse sono libere di accordare le sole indennità, ma queste vengono contenute in misura molto modesta e non risolvono il problema di una valida assistenza; si tratta, comunque, di esperimenti parziali tutt'altro che soddisfacenti: basti dire che in Svizzera questo sistema porta perfino al 40 % di competenze mediche non liquidate (come risultò da un'inchiesta della « Commissione medica svizzera »): i medici se ne lamentano giustamente e per garentire meglio la loro situazione economica invocano da tempo il pagamento effettuato dalle Casse, adattandosi a dipendere da queste.

In Irlanda invece sono assegnate obbligatoriamente le sole prestazioni mediche.

Il medico fiduciario.

Esclusa la retribuzione diretta da parte degli assicurati, resta quella da parte dell'istituto assicuratore, la quale può aver luogo secondo due modalità: forma fiduciaria e libera scelta.

Per « medico fiduciario » s'intende quello che gode la fiducia non già degli assicurati, ma dell'istituto assicuratore, dal quale è nominato.

Si hanno varie forme di contratto di lavoro per il medico fiduciario, ma due sono le più diffuse: le diremo a zona ed a *forfait*.

Il *medico di zona* ha in cura per solito tutti gli assicurati di una data località o zona (paese, rione, quartiere, frazione, ecc.) inscritti nelle Casse generali (comunali, intercomunali, ecc.); egli equivale *grosso modo* al medico condotto attuale, salvo che invece di curare gli inscritti nell'elenco dei poveri, cura gl'inscritti nella lista delle assicurazioni e invece di dipendere dal Comune dipende dall'istituito assicuratore (Casse, uffici sovrapposti, Istituto centrale).

Per *forfait* s'intende più specialmente l'assistenza agli inscritti in una Cassa speciale (professionale, di mestiere, di fabbrica, di miniera, ecc.), qualunque sia la zona; ma le grandi Casse speciali designano un medico per ogni rione o quartiere o paese, e lo impongono ai soci che vi abitano: viene così ad aversi una forma intermedia.

Nell'un caso e nell'altro la retribuzione è quasi sempre a stipendio: il medico diviene un impiegato. Questo trattamento fisso riesce accetto alla maggioranza dei medici, in ispecie nel nostro paese, ove in ogni medico « sonnecchia l'anima di un funzionario » per usare un'espressione del dott. Besrudon. Presenta il vantaggio non trascurabile di offrire al medico una posizione indipendente; lo mette al sicuro da ogni preoccupazione economica, sopprime la concorrenza, rende la vita tranquilla.

Soddisfa anche l'Istituto assicuratore, poichè elimina molte alee finanziarie; difatti tra gli incaricati della gestione finanziaria si è sempre manifestata la tendenza a far trionfare la retribuzione fissa del medico.

Per lo stesso motivo anche gli assicurati, od almeno i loro rappresentanti, caldeggiano questa forma di retribuzione; ad esempio vi si insistette nel recente Congresso alla Confederazione generale del Lavoro, allo scopo di evitare alle Casse — cui si voleva devoluto il servizio medico — tutte le incertezze della gestione.

Si è dunque pienamente concordi, da tutte le parti, nel propendere per questa forma di locazione d'opera.

***

Eppure la burocratizzazione dell'opera del medico non è raccomandabile dal punto di vista sociale.

In primo luogo lede il principio dell'eguaglianza nei diritti, poichè mentre il ricco può scegliere il medico di sua fiducia, il povero e il semi-povero devono subire quello loro imposto (possono rivolgersi ad un altro, solo pagandolo in più, del proprio).

A questo riguardo l'on. D'Aragona osserva che, siccome la Cassa è formata dagli assicurati, « in sostanza il medico della Cassa è scelto dagli assicurati: non vi sarebbe ragione che questi si rivolgessero a medici diversi da quello designato dalla Cassa ». Ma si tratta di un sofisma: la scelta del medico di fiducia è dettata da criteri troppo personali perchè si possa demandarla ad un ente impersonale.

I fatti del resto smentiscono quel paralogismo, poichè provano che nei paesi in cui le assicurazioni ricorrono su larga scala al medico fiduciario, gli assicurati ripongono in esso ben poca fiducia e quando possono non se ne valgono, di modo che egli si limita ad esercitare un compito di controllo, con discredito della istituzione e con danno economico generale.

In secondo luogo, il « fiduciariato » riduce l'efficienza del servizio medico, non solo perchè elimina un elemento psichico di guarigione, qual è la fiducia nel medico *liberamente*

scelto, ma perchè spegne nel medico lo stimolo ad interessarsi dei malati. Posto al sicuro da ogni competizione, il medico — il quale è un uomo e quindi non immune da debolezze — risente uno scarso interesse a perfezionarsi nella sua arte — la quale è in progresso rapido, incessante, continuo — e a soddisfare appieno i pazienti.

Per lo meno, gli assicurati credono di non essere mai curati bene; trovano che il medico fa meno visite che può e che non vi mette alcun impegno; elevano recriminazioni e proteste. S'ingenera così uno stato di sofferenza morale nel medico e d'insoddisfazione negli assistiti, peggio ancora che nel servizio di condotta; poichè l'assicurazione, a differenza della condotta, include la piccola borghesia, costituita da professionisti, industriali, commercianti, proprietari, ecc., da persone intelligenti e colte, suscettibili e iperscritiche, le quali hanno coscienza dei loro diritti e si mostrano esigentissime.

Ancora: la forma fiduciaria non si presta a far conseguire vantaggi economici notevoli ai medici.

Quando vediamo che ai professori universitari si assegnano, in cifra tonda, 10,000 lire di stipendio all'anno — una vera irrissione per i tempi che corrono, data la loro posizione intellettuale e sociale elevatissima — non c'è da illudersi che i futuri medici fiduciari delle assicurazioni potrebbero ottenere uno stipendio adeguato al loro compito. (Nel non vistoso compenso rimarrebbe inglobato anche quello attuale di medico condotto, dacchè i medici condotti diverrebbero *de jure* fiduciari).

In altri termini, questa forma di rimunerazione consente di limitare molto gl'introiti dei medici. Invece la libera scelta non comporta limitazioni così tassative.

Infine, il sistema fiduciario mette i medici troppo alla mercè degli istituti assicuratori, i quali a volte sono compenetrati da settarismo politico (in Germania le Casse per i malati, rette quasi sempre da socialisti, giungevano ad intimare ai loro medici l'astensione dalle campagne elettorali, ad imporre loro forti contributi per alimentare la cassa del partito, ecc.); inoltre si conformano spesso a criteri meschini e cervellotici di economia, a danno dei medici (per es., in Germania le Casse tendevano ad estendere gratis o quasi il diritto della cura ai membri di famiglia degli assicurati, senza aumentare l'onorario dei medici: si cominciò a Lipsia, anzi fu quello l'incentivo a costituire la famosa «Lega di Lipsia», che un po' per volta finì con l'abbracciare quasi tutti i medici esercenti della Germania); non sempre rifuggono dal far subire ai medici ogni specie di oppressioni, angherie e umiliazioni. È per sottrarsi a quella schiavitù che i medici tedeschi invocano a gran voce, da un ventennio, la libera scelta.

Tutto considerato, il sistema fiduciario, il quale tende a inquadrare i medici delle assicurazioni in un'arida travetteria, è da ripudiare. Esso prosegue in certo modo il servizio medico delle condotte piene o delle mutue libere, e ne perpetua i lati odiosi.

Gl'incovenienti risultano gravi sovratutto nel *forfait*, il quale com'è noto costringe ad un lavoro fisico maggiore (poichè i pazienti sono più sparsi) e permette più facilmente gli appalti ingiusti e indecorosi. Inoltre rende possibili delle forti sperequazioni di clientela (fermiamoci sempre alla Germania, la quale ha fatto il più vasto esperimento in questo campo: mentre la generalità dei medici di Cassa doveva contentarsi di guadagni limitatissimi, alcuni colleghi, i quali riuscivano ad accumulare due o più Casse, guadagnavano, prima della guerra, fino a 15,000 marchi: naturalmente erano sovraccarichi di lavoro e le loro visite si riducevano spesso ad una lustra; sempre schiavi dell'urgenza, a volte si esigeva da essi il dono dell'ubiquità. Th. Rumpf: *Deut. med. Woch.*, 21 giugno 1906).

L'istituzione del medico fiduciario è stata troppo deprecata in Germania e in Austria perchè convenga di trapiantarla tra noi. Nell'interesse dei medici e più ancora degli assistiti, dobbiamo starne lontani.

***

Il medico fiduciario potrebbe anche essere retribuito con compenso variabile commisurato al numero delle persone che gli si affidano (sistema capitario, abbonamento), ovvero alle prestazioni (cioè alle visite, agli interventi, ecc.). Queste due forme sono comuni alla libera scelta, epperò preferiamo di parlarne dopo avere esaminato questa modalità di prestazione d'opera.

Libera scelta.

La scelta del medico andrebbe riservata non già all'istituto assicuratore, ma al malato, di cui il medico dovrebbe essere il vero fiduciario.

A favore della libera scelta militano, in senso positivo, tutte le considerazioni già svolte in precedenza. Non ci sembra fuori di luogo di riprenderle e ribadirle.

Anzitutto, essa risponde ad un principio di eguaglianza nei diritti: se il ricco può scegliere

il medico che più gli aggrada, perchè disconoscere la stessa facoltà al non abbiente, che pure concorre a sostenere le spese dell'assistenza sanitaria, sotto forma di premio della assicurazione?

In una buona organizzazione sanitaria, è inammissibile di rifiutare al malato il medico in cui ha confidenza: sarebbe privarlo di uno dei fattori più importanti di guarigione, poichè la fiducia esercita un'azione morale che costituisce un importante coefficiente terapeutico; non solo, ma garantisce la regolare esecuzione delle prescrizioni.

Per questi motivi già molto tempo prima che si parlasse di assicurazioni contro le malattie, nel 1848, Virchow esprimeva il *desideratum* che ai poveri si conferisse il diritto di scegliere il medico.

Per il corpo medico la libera scelta è un ottimo stimolante al lavoro produttivo e fecondo. Difatti in regime di libera scelta, il medico cerca di accrescere la propria capacità professionale e di soddisfare il cliente, per sostenere la concorrenza. Viceversa lo stipendio fisso «su cui non piove», è d'incentivo alla cristallizzazione cerebrale; come osserva Amoretti: «è più sollecita a perfezionarsi e interessarsi dei pazienti quella categoria di medici che può o non essere scelta, che subisce, a torto o a ragione, le conseguenze dello zelo, del sapere, dell'esito della cura, anzichè quella categoria di medici che non ha nulla da temere dal crollo della sua clientela».

La libera scelta evita, dunque, il duplice pericolo che il medico si disinteressi dei pazienti e che trascuri di accrescere la sua capacità tecnica e la sua coltura. Essa reca anche dei vantaggi indiretti alla professione medica, poichè rende più ricercata e più apprezzata dal pubblico l'opera del medico. Per questo motivo adempie anche una finalità profilattica; difatti si chiama più spesso e più volentieri il medico in cui si ripone fiducia: quindi gli riesce facile di sorprendere le malattie iniziali e curabili, di provvedere in tempo all'isolamento delle malattie contagiose, ecc.

Gl'interessi della colletivitfà collimano dunque con quelli della classe medica nel far dare ogni preferenza alla libera scelta, che non solo è più accetta al pubblico, ma più efficiente, sotto ogni riguardo: risponde ad un programma di civile assistenza sanitaria. Come osserva De Fabritiis «nell'interesse della scienza e dei malati, il medico dev'essere il più libero dei professionisti... l'esercizio professionale medico, per dare il rendimento massimo, deve essere libero il più possibile e non meccanizzarsi».

***

Eppure la libera scelta ha sollevato i più vivaci contrasti. Per criteri gretti, le associazioni operaie non l'apprezzano: così alla Confederazione generale del Lavoro si fu tutti contrarissimi ad ammetterla, sovratutto dai rappresentanti delle provincie redente, che non si periterebbero ad importare in Italia il medico fiduciario.

Anche gl'istituti assicuratori sono alieni dalla libera scelta. Tra i medici essa ha incontrato decise opposizioni; Martinelli è giunto a dichiarare che «la libera scelta sarebbe una coltellata alla schiena dei medici condotti. Equivale ad abolizione dei concorsi, della stabilità, dei congedi, degli aumenti periodici, delle pensioni, di tutto il contratto di lavoro, conquistato con una lunga e paziente opera di organizzazione e di pressione».

Vediamo di precisare e di analizzare gl'inconvenienti che possono addebitarsi alla libera scelta.

***

Uno dei più gravi è dato dalla ineguale ripartizione dei clienti: mentre, in regime di libera scelta, i medici più in voga vengono sopraffatti dalla clientela, altri ne restano del tutto privi.

Un inconveniente correlativo è dato dalla instabilità della clientela stessa: per cause a volte futili, questa può abbandonare un medico; ne risulta uno stato d'incertezza finanziaria preoccupante, in specie per i medici che hanno famiglia a carico.

Questi inconvenienti sono già stati sperimentati più volte. Ad esempio, negli Stati Uniti essendo stata consentita la libera scelta per l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni, certi medici hanno introitato fino a 70,000 dollari all'anno (che al cambio attuale corrispondono a più di un milione), altri nulla (*Med. Record*, 27 dic. 1919). In America le opposizioni più tenaci e decise alle proposte di legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malatie, trovano ragione appunto in questi squilibri, inerenti alla libera scelta, la quale nei paesi anglo-sassoni viene considerata quasi come un postulato dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Anche in Inghilterra si produssero inconvenienti del genere durante i primi tempi della assicurazione contro le malattie: alcuni medici guadagnarono fino a 70,000 scellini l'anno, altri quasi nulla.

Per altro, si deve considerare che la disuguaglianza stessa è una determinante dei van-

taggi propri alla libera scelta: essa desta la emulazione e la concorrenza; è compito dei medici meno favoriti quello di adoperarsi a farla diminuire, migliorando la propria preparazione, la propria capacità, le proprie attitudini professionali. Anche nell'esercizio privato si presentano forti sperequazioni, che però consentono a tutti i medici liberi esercenti di vivere — salvo agli inetti ed incapaci, i quali farebbero bene ad abbandonare la professione.

Per ridurre siffatti inconvenienti, per altro, non sono mancati i correttivi, i temperamenti, i rimedi.

Tale è la limitazione dei clienti che uno stesso medico può trattare: al disopra di questo limite si considera che egli non abbia la possibilità materiale di accudirvi; il di più viene ad essere ripartito tra i colleghi. Così non è possibile che pochi accaparrino e monopolizzino tutta la clientela.

In Inghilterra prima della guerra i medici urbani si obbligavano a trattare non oltre 1000-2000 persone: dati i grandi agglomeramenti di abitati, questo numero era contenuto entro zone relativamente ristrette; quanto ai medici rurali, non assumevano più di 500 inscritti. Durante la guerra tali restrizioni non ebbero più corso ed alcuni medici accolsero fino a 5000 inscrizioni e più; ma venne a stabilirsi automaticamente un certo equilibrio: così a Londra su oltre 1,400 medici delle assicurazioni, solo 70 raggiunsero o superarono il numero di 3000 assistiti: erano i medici più popolari e più accreditati (F. Coysh, *Brit. med. Journ.*, supp., 3 apr. 1920). Una recente regolazione del Ministero di Sanità stabilisce il limite massimo di 3000 inscritti per medico; ma in alcune contee si è scesi a 2500 ed il Ministero intende di abbassare quel limite. Sorgono problemi nuovi; ad esempio, come effettuare la riduzione, dal momento che i medici tendono a disfarsi solo dei malati «non desiderabili», come i cronici, i casi difficili, ecc.

Se i compensi dei medici fossero sensibilmente innalzati, quel limite potrebbe più facilmente tenersi basso.

Oggi, però, sono i medici stessi che in Inghilterra si oppongono energicamente a queste misure restrittive, avendo sperimentato che la libera scelta quasi incondizionata presenta pure i suoi vantaggi.

Si è adottato anche un provvedimento complementare: cioè un medico può superare il limite fissato, purchè si faccia coadiuvare da uno o più sostituti o delegatî o assistenti: se si tratta di un assistente stabile, occorre avere l'autorizzazione del Comitato di contea; se di due o più, occorre anche quella del Ministero di Sanità; un medico può organizzare così un Ufficio sanitario, un Poliambulatorio, una Clinica privata: il pubblico, che ha fiducia in lui, si rivolge a lui; a sua volta egli dà occupazione a colleghi meno sperimentati o meno abili, e ne trae un beneficio morale ed economico; egli resta responsabile, anche legalmente, dell'andamento del servizio. È consentito inoltre di costituire delle società mediche cooperativiste, che possono assumere dei malati in proporzione del numero dei medici che le compongono.

Vedremo in seguito come il difetto segnalato possa ridursi ancora di più, adottando i sistemi *misti*.

Un altro inconveniente rimproverato alla scelta libera, è che questa non cade sempre sui medici più degni. Ma altrettanto avviene nell'esercizio privato. E non sarebbe facile di rimediarvi. Osserva giustamente Montanari a questo riguardo: «se il cliente preferisce il ciurmadore, non è meglio lasciarlo friggere nel suo grasso? obbligarlo, il meno possibile, a ricorrere a medici di valore vero e che a lui non piacciono I quali dovrebbero sopportare le disubbidienze, le angherie, i dispetti, le vendette di cui è capace il malato (in specie se in discrete condizioni economiche), il quale non si vede curato e trattato come e da chi vuole lui?».

Rimedi indiretti a questo male possono esser dati dal moltiplicare le ospedalizzazioni e i servizi di poliambulanza bene organizzati e dall'innalzare la coltura media generale.

Si è deplorato, infine, che la libera scelta si presti a tutti gli abusi, così da parte dei medici come degli assicurati.

Esaminiamone i principali.

* * *

Essa rende la clientela proclive a valersi senza discrezione dell'opera del medico; ma siffatto inconveniente, condiviso in larga misura col medico a stipendio fisso, si dirime in modo automatico: i clienti che esigono troppa assiduità, vengono trascurati e.. dovranno cercarsi un altro medico.

Si teme sovratutto che la libera scelta favorisca la simulazione e l'esagerazione delle malattie, poichè il medico, per guadagnare senza fatica la simpatia e la gratitudine del cliente, è disposto a secondarne le tendenze più riprovevoli. È quanto si avverò per l'assicurazione contro gl'infortuni in varî paesi in cui era lasciata agli infortunati la scelta illimitata del medico. È quanto si è ripetuto in Inghil-

terra per l'assicurazione contro le malattie: in primo tempo la situazione creata dalla libera scelta era parsa soddisfacente, così per i medici come per gli assicurati, i quali conservavano il loro medico di famiglia; ma ben presto si dimostrò sfavorevole, perchè i medici erano troppo compiacenti e corrivi nel firmare i certificati di malattie, e queste si moltiplicavano e si prolungavano in modo allarmante. Non solo, ma si veniva a favorire la selezione a rovescio dei medici: erano preferiti i più condiscendenti e non i migliori.

Per tali ragioni la libera scelta in generale è possibile solo a condizione d'essere sottoposta a controllo; bisogna anche provare che il controllo è efficace e che porta a sanzioni in caso di abusi.

Così a Lipsia, dopo aver ottenuto la libera scelta, gli stessi medici organizzarono un controllo molto rigoroso ed energico, probabilmente allo scopo di dimostrare che la conquista compiuta era compatibile che l'interesse della Cassa: anzi i medici e gli assicurati hanno avuto più volte a lamentarsi dell'eccessivo zelo della Commissione creata *ad hoc*.

Nell'Inghilterra si è girata la difficoltà, attuando un controllo indiretto: si cominciò col saggiarlo in alcuni distretti, poi venne esteso. Il Commissariato centrale ha organizzato, cioè, un corpo di ufficiali sanitari governativi, ai quali spetta il compito di vidimare i certificati di malattia, disinteressandosi delle cure, che restano affidate al medico scelto dal paziente. Non si concede nessuna sovvenzione di malattia (dopo una carenza di tre giorni), se non su certificato del medico governativo, fiduciario dell'Istituto e il cui parere è inappellabile. Il piano è perfettamente riuscito.

La visita dei medici ispettori, i quali sono professionisti provetti e sperimentati, si dimostra utile anche perchè essi confermano ed eventualmente completano o correggono la diagnosi e la cura del medico di famiglia, aiutano a discriminare le forme dubbie ed equivoche, a sorprendere le forme iniziali o fruste, ecc.

Si è rilevato che la libera scelta alimenta alcune cattive abitudini degli assicurati e ne seconda i vizi, in specie le tossicomanie, come il morfinismo e il cocainismo. Se già ora alcuni medici esitano a correggere questi malati, per evitare di perderli, il danno si aggraverebbe con la libera scelta in regime assicurativo, poichè il medico non avrebbe che poco tempo da impiegare nell'opera di persuasione. L'inconveniente però rimarrebbe ristretto ai medici poco coscienziosi, che per fortuna non sono molti: quindi non può preoccupare.

Si è imputato alla libera scelta di essere onerosa, in quanto che il medico moltiplica facilmente le prescrizioni e non evita i rimedi costosi, per dimostrare in modo concreto il proprio interessamento a chi lo ha prescelto; così il consumo dei medicinali e dei presidi terapeutici in genere suole diventare considerevole. Si è ovviato a questo sciupìo stabilendo delle limitazioni nella scelta dei rimedî, assoggettando le prescrizioni a controllo ed a revisione, ecc. A Lipsia si è perfino escogitato uno strano mezzo rispondente alla mentalità tedesca: se l'importo delle prescrizioni supera un certo limite, fissato in base all'esperienza, il di più viene diffalcato dagli onorari dei medici, allo scopo di incitare questi alla moderazione ed all'economia nelle loro prescrizioni e da sconsigliare loro un eccesso di attività terapeutica....

È da segnalare un ultimo abuso: la libera scelta si presta a qualche illecita speculazione. Così in Inghilterra alcuni medici in voga, dopo aver raccolto una estesa clientela, la vendono addirittura a colleghi novellini, disposti a spendere per crearsi di colpo una larga base professionale. Ma disposizioni recenti vietano il passaggio della clientela da un medico ad un altro; se un medico cambia residenza o si ritira dalla professione, come pure se muore, provvederanno speciali Comitati ad assegnare ad altri medici i clienti rimasti scoperti (inallocati) e che non facciano da sè in tempo una nuova scelta, entro 14 giorni. Solo a titolo di concessione è consentito il passaggio contrattuale della clientela fino a tutto il 1922 (per i medici già inscritti nelle liste al 31 dicembre 1919).

Si provvede così, in Inghilterra, a salvaguardare con sempre maggior cura, compiutezza e decoro la libera scelta.

Quanto al timore espresso da Martinelli, che l'instaurazione della libera scelta possa compromettere o distruggere i contratti di lavoro esistenti e i benefizi da questi garentiti, ci sembra del tutto inconsistente, qualora si provveda a rispettare i diritti accumulati, condizione *sine qua non*, come abbiamo già detto, del riordinamento dei servizi sanitari.

***

Dobbiamo aggiungere che in Inghilterra non si è interamente soddisfatti dell'assistenza sanitaria in regime di libera scelta. Il pubblico lamenta che i medici delle assicurazioni facciano troppo il loro comodo; che trascurino i pazienti; che non osservino scrupolosamente le norme che dovrebbero presiedere alle visite;

che obblighino spesso i malati non degenti in letto a recarsi presso il domicilio del medico, in ore comode al medico ma non al paziente; che nei casi di una certa gravità, anzichè moltiplicare le visite e intensificare le cure, procurino di sbarazzarsi dei malati, facendoli internare negli ospedali, ecc.

Ma se, malgrado viga la libera scelta, si deplora questa neghittosità dei medici, possiamo immaginare che cosa accadrebbe qualora la retribuzione fosse invece a stipendio fisso, dato che allora mancherebbe ogni stimolo ad accontentare i clienti e data la dipendenza dei medici da un ente lontano — Comitato di contea, corrispondente ai nostri Istituti provinciali di assistenza sociale — anzichè dalla Cassa o dal Comune in grado di sorvegliare e sindacare davvicino l'opera del medico.

Tutto considerato, gl'inconvenienti della libera scelta non mancano; ma la maggior parte possono eliminarsi o ridursi; quindi le obbiezioni sollevate contro di essa cadono.

Incomparabilmente maggiori sono gl'inconvenienti imputabili all'istituto del medico fiduciario. Lo vediamo in Austria, ove la libera scelta è quasi sconosciuta, ed in Germania, ove essa vige solo per un numero limitato di Casse ed è quasi sempre molto parziale.

Naturalmente la libera scelta va soggetta a varie restrizioni. È subordinata al consenso del medico, la cui facoltà di rifiutare i pazienti è, a sua volta, condizionata (casi di urgenza, difetto di altri medici, ecc.). Per le persone di famiglia degli assicurati, quando esse hanno diritto all'assistenza sanitaria, la scelta del medico non è fatta dal malato, anche se adulto, ma dall'assicurato di cui quegli è a carico. Il medico può essere cambiato solo a scadenza fissa (semestre, trimestre). E così via.

La scelta può cadere solo su di un numero più o meno ristretto di medici. Ad esempio, nelle campagne per lo più la facoltà di scelta è dovunque molto limitata e praticamente può mancare del tutto. In Germania, per le Casse a libera scelta, questa può cadere su uno dei medici delle Casse (alle volte sono molto numerosi): solo in certi Comuni della regione renana sono state soppresse le restrizioni ed è consentito all'assicurato di scegliere qualunque medico dia il proprio consenso.

In Inghilterra è ammessa la scelta su basi molto più vaste, cioè tra uno dei medici inscritti nella lista del distretto; se il medico deve spostarsi di molto per accedere nel luogo di dimora dell'assicurato, gli compete un'indennità di distanza prelevata dal « mileage fund » (noi lo diremmo fondo chilometraggio), il quale è stato recentemente decuplicato; ma per solito il medico rifiuta i clienti troppo lontani dal suo luogo di dimora, a meno che non formino gruppi numerosi.

In Svizzera è consentita la libera scelta nel luogo di dimora dell'assicurato od anche nei dintorni; ma le casse possono stipulare delle convenzioni con un medico o con un'associazione di medici, sulla base delle tariffe fissate dall'autorità cantonale, ed allora la libera scelta viene a mancare.

Tutte le volte che la cura è assunta da ospedali, cliniche, associazioni mediche le quali organizzano poliambulanze o case di salute ecc., troviamo ragionevole che il paziente si affidi al corpo medico selezionato addetto a tali istituti, rinunziando alla libera scelta.

Per solito, infatti, il diritto cessa dovunque con l'internamento in un ospedale od in una clinica; ma viene già attuata in larga misura la scelta dell'istituto sanitario e si discute perfino di addivenire, per gli assicurati, all'istituzione del così detto « ospedale aperto » (per es.: di consentire l'intervento operatorio da parte di un chirurgo di fiducia, anche se estraneo al personale).

La libera scelta non può, comunque, essere generalmente e incondizionatamente adottata; ma tutte le volte che è praticamente possibile, riteniamo che debba darsi ad essa ogni preferenza.

***

La libera scelta consente due forme principali di contratto di lavoro: capitario ed a visita; come abbiamo già detto, essi sono compatibili anche con l'istituzione del medico fiduciario.

Esamineremo prossimamente queste due modalità di compenso.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

Riunione della Giunta Direttiva dell'Associazione della Stampa medica.

Il giorno 5 corr. nei locali dell'Istituto d'Igiene in Roma, presieduta dal prof. Sanarelli, si è riunita la Giunta Direttiva dell'Associazione della Stampa medica. Erano presenti Ascoli, Busi, Dragotti, Ferrannini e Segale.

Il prof. Sanarelli ha esposto l'esito delle pratiche esperite presso i Ministeri dell'Industria e delle Poste per ottenere l'accoglimento dei voti espressi dall'ultimo convegno dell'Associazione in riguardo alla questione del costo della carta e delle tariffe postali, ed ha dato notizia del decreto ministeriale che estende ai periodici medici che si pubblicano una o più volte la settimana l'obbligo

già fatto ai giornali politici di aumentare il prezzo di abbonamento.

Dopo ampia discussione è stata votata la seguente deliberazione:

«La Giunta direttiva dell'Associazione della Stampa Scientifica italiana (Sezione medica) per ottenere la maggiore economia nelle spese di carta e di tipografia e per ottenere altresì che sia facilitata la lettura dei lavori scientifici, ritiene necessario che gli autori siano quanto più è possibile concisi nella compilazione degli articoli, limitandosi ad una succinta quanto chiara esposizione degli scopi del lavoro e del modo col quale esso è stato condotto, astenendosi dal diluirsi, come purtroppo avviene, nei riferimenti storici già noti ed acquisiti e dall'ingolfarsi in argomenti collaterali che non siano assolutamente indispensabili alla comprensione dell'elaborato;

«allo scopo di favorire la diffusione della produzione scientifica nazionale invita gli autori a seguire ad ogni articolo un riassunto breve, chiaro e completo degli scopi e dei risultati del lavoro;

«interessa i direttori degli istituti scientifici ad invigilare perchè tali norme siano scrupolosamente seguite;

«ed invita infine le Direzioni dei periodici medici a rifiutare senz'altro gli articoli che non siano compilati con i criteri su esposti».

La Giunta ha pure deliberato di interessare le Direzioni dei periodici medici di astenersi dal pubblicare articoli che siano inviati contemporaneamente ad altri periodici o che siano in altri già comparsi. Ad evitare la dispersione di lavori di uno stesso genere in parecchi periodici, che ne rende disagevole la ricerca e scema la importanza della produzione nazionale, la Giunta consiglia di non pubblicare sunti o recensioni e tanto meno lavori originali che non siano conformi al titolo ed all'indirizzo dei singoli periodici.

Si è decisa l'ammissione di nuovi soci.

Ed infine si è discusso ampiamente sui modi di diffondere all'estero la produzione della scienza medica italiana.

Federazione Naz. Medici-Chirurghi Liberi Professionisti

Il Presidente della Federazione Nazionale dei Medici-Chirurghi liberi professionisti, prof. Filè Bonazzola, ci ha inviato in comunicazione una lettera indirizzata al prof. G. Montesano, con la quale scagiona la Sezione di Milano dell'appunto mosso di avere convocato un Congresso in quella città, mentre ne era stato già indetto un altro a Roma. Il prof. Filè Bonazzola aggiunge che il Convegno di Milano non toglie nulla a quello di Roma ed è bene che i due Convegni siano distanziati per lasciare tempo agli intervenuti a Milano di informare quelli che non vi presenzieranno e concretare nel frattempo con loro la condotta nel Convegno di Roma, nel quale è sperabile siano rappresentate tutte le Sezioni.

Il prof. Montesano ci scrive ancora sostenendo la inopportunità di affrettare la riunione del Convegno di Roma e la accessiva fretta nella convocazione di quello di Milano.

cordia, momentaneamente rotta, ritorni completa e tutte le energie si fondano a difesa dei legittimi interessi e dei diritti dei liberi esercenti.

Convegno di rappresentanze mediche per le assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

La Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici indice nuovamente il Convegno delle Rappresentanze mediche per discutere le assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Il Convegno si tiene in Roma nei giorni 14 e 15 luglio corrente, nel locale della Società Magistrale Romana, in Via Teatro Valle, n. 53.

Stipendi indecorosi. (I medici provinciali aggiunti).

Con decreto 30 maggio 1920 si apre un concorso per 34 Medici Provinciali aggiunti in esperimento agli effetti dell'art. 6 del R. D. 31 ottobre 1919, n. 2296.

Date le mansioni che la legge affida ai Medici Provinciali aggiunti come supplenti dei Medici Provinciali, quali medici possono oggi concorrere *per lire 4 mila?* Se accettano simili condizioni, che istruzione tecnica possono avere e come faranno ad essere decorosamente capi dei medici condotti che in Alta Italia hanno stipendi da lire 10 mila a lire 15 mila?!

Per la dignità della classe dei funzionari tecnici e per evitare gravi danni alla tutela della pubblica igiene, è indispensabile che si ritorni sulle decisioni prese e si offrano condizioni più confacenti all'alto ufficio di cui sono investiti i medici provinciali ed all'importanza della loro missione. Altrimenti, invece di adunare gli elementi migliori, che possono dare seri affidamenti dal lato tecnico e morale, lo Stato non potrà ottenere che individui di scarso valore professionale, che non hanno potuto raggiungere posizioni più buone.

ATTI PARLAMENTARI.

La profilassi sociale alla Camera.

Discutendosi il bilancio provvisorio, l'on. professor Colella ha pronunziato un magnifico, organico, efficace discorso, in cui, dopo aver accennato alla necessità di rinsaldare la compagine dello Stato e di attuare ardite riforme, ha affrontato il problema della profilassi sociale.

Questa ha esteso il suo campo d'azione in seguito agli innumerevoli danni cagionati dalla guerra, la quale ha ridotto la capacità lavorativa e attentato alle condizioni sanitarie generali.

L'O. ha additato ed illustrato alcuni capisaldi di un vasto programma: la difesa del matrimonio, ottenuta mediante il certificato medico pre-matrimoniale, che valga a precluderlo a luetici, tubercolotici, epilettici, ecc.; la puericoltura pre- e post-natale, ottenuta proteggendo la donna-madre; la difesa dell'infanzia, attuata elevando i limiti di età per l'ammissione ai lavori insalubri, modificando la durata e la distribuzione del lavoro giornaliero, istituendo le ispezioni mediche scolastiche, attivando la lotta contro la tubercolosi — malattia

mediante gli istituti climatici, le scuole all'aperto, ecc., già incoraggiati dai Ministeri dell'interno e della P. I., ma a cui dovrebbe imprimersi un impulso molto più vigoroso; provvedendo al problema edilizio, incompletamente risolto dalla legge sulle abitazioni insalubri e dalla legge sulle cooperative edilizie, della quale non beneficiano ancora le classi popolari; addivenendo all'assicurazione obbligatoria contro le malattie, che consentirebbe di superare la crisi ospedaliera, non esclusa quella manicomiale: essa risponderebbe al principio di trasformare la beneficenza in previdenza ed è destinata a divenire il fondamento di tutto il problema preventivo e difensivo. Ha concluso dicendo che dobbiamo collocare la difesa igienica della vita e del lavoro al di sopra di ogni considerazione di parte. Ad essa è affidato il compito di preparare la rinascenza morale e materiale dell'umanità.

Le assicurazioni alla Camera.

L'on. Labriola, ministro del lavoro, rispondendo agli oratori che avevano parlato nelle comunicazioni del Governo, ha informato che è a buon punto lo studio per l'assicurazione contro le malattie e ha illustrato i punti principali del progetto relativo. Alla ripresa dei lavori parlamentari la Camera avrà la relazione e potrà esaminarla. Si è occupato anche delle altre assicurazioni sociali.

I provvedimenti che sono allo studio importano un onere di oltre due miliardi — l'ottava parte di quanto l'Italia paga in salari.

Ha accennato all'esazione dei tributi, alla equa distribuzione di essi, all'estensione dell'assicurazione, ecc.

La crisi ospedaliera.

In sede di bilancio provvisorio, il 3 luglio è stato presentato il seguente ordine del giorno sulle comunicazioni del Governo:

La Camera, conscia delle difficilissime e in alcune regioni insostenibili condizioni economiche, in cui per gli accresciuti bisogni versano gli ospedali civili e analoghi istituti di previdenza ed assistenza sanitaria del Paese, confida che il Governo voglia d'urgenza con adeguate disposizioni eccezionali venire in aiuto delle amministrazioni ospitaliere e di ricovero di tutta l'Italia, per impedire l'esaurimento del loro patrimonio e la forzata limitazione della loro benefica opera sociale.

L'o. d. g. reca le firme: Baglioni — Capasso — Mazzarella — Pietravalle — Caporali — Morisani — Ciocchi — Carlo Bianchi — Costa — Caminiti — Dore — Falbo — Anile — Pezzullo.

Per la stampa medica.

L'on. dott. Gesualdo Costa, preoccupato della crisi che minaccia la stampa medica, ha inviato ai Ministri dell'industria e commercio, dell'interno, delle poste e dell'istruzione pubblica la seguente interrogazione:

«Per sapere se — in vista della crisi che attraversa la stampa medica, le cui benemerenze, la cui nobile missione, il cui potente ausilio spirituale nel momento che la Nazione vuole affrettare tutte le provvidenze alla tutela della vita sociale, debbono essere considerate con prevalenza e con ogni benevola attenzione — non intendono intervenire con opportune e legittime agevolazioni, quali:

a) fornire ai periodici di medicina a prezzo di favore tipi di carta corrispondenti alle esigenze della stampa medica;

b) concedere ai periodici di medicina, per le spedizioni a conto corrente, la stessa tariffa postale di cui godono i periodici politici quotidiani ed i giornali di amena lettura;

c) ripristinare la tariffa postale speciale, così detta editoriale per tutte le altre spedizioni di stampati effettuate dalle Amministrazioni di periodici di medicina;

d) estendere anche a vantaggio dei periodici medici la concessione di cui il decreto n. 507 in favore della stampa politica e di lettura amena circa la facoltà di modificare i contratti e gli appalti di pubblicità.

Chiedesi risposta scritta».

Auguriamoci che l'interessamento dell'on. collega affretterà la promulgazione di quei provvedimenti, per i quali i competenti Ministri sembrano già ben disposti. Ed auguriamoci anche che la lodevole iniziativa dell'on. Costa sia seguita e confortata dal concorso di altri parlamentari medici.

Le condizioni sanitarie della Libia.

L'on. Falbo, parlando nelle comunicazioni del Governo, ha lamentato che la nostra amministrazione igienico-sanitaria sia molto difettosa nella Libia.

Il ministro delle Colonie, on. Rossi, ha replicato rilevando che la difesa contro qualsiasi sviluppo di malattie infettive è sotto ogni riguardo efficace.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8342) *Acquisto della stabilità - Decorrenza del periodo di prova.* — Dott. M. F. da S. M. sul C. — Il periodo di prova necessario per lo acquisto della stabilità decorre dal giorno in cui si è preso effettivo servizio e non da quello in cui divenne esecutoria la relativa deliberazione di nomina.

(8343) *Ufficiale sanitario - Concorso.* — Dott. P C. da I. — Il concorso bandito nel 1915 non era esaurito quando fu pubblicato il D. L. del 31 agosto. Esso, quindi, rimase sospeso e l'unico concorrente che ci prese allora parte deve, se crede, partecipare al nuovo concorso che sarà bandito dalla Prefettura.

(8345) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Se, come Ella riferisce, la Giunta Provinciale amministrativa ha concessa la indennità di lire 60 per ogni anno di servizio a partire dalla data della nomina *regolare a titolare,* è chiaro che non Le spetti tale indennità per gli anni in cui prestò servizio come semplice supplente o coadiutore del titolare.

(8346) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. R. da R. — Le compete la indennità caro-viveri in lire 100 mensili, purchè copra un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare. — Nulla pei figli, perchè in numero non superiore a tre.

(8347) *Indennità per epidemia influenzale.* — Dott. G. P. da C. — Non si ha notizia della circolare che, come Ella dice, porrebbe a carico delle Prefetture il pagamento della indennità di lire 25 al giorno per la epidemia influenzale per il periodo di tempo posteriore al 10 aprile 1919.

(8349) *Riduzione di condotte.* — Dott. R. C. da N. — Per quanto sia rincresciosa la sua posizione, pur tuttavia non possiamo darle alcun consiglio per uscirne, in quanto che dalla giurisprudenza fu sempre ritenuto che la soppressione di una condotta equivale a caso di forza maggiore, da doversi subire senza diritto a risarcimento di danni.

(8351) *Indennità caro-viveri.* Dott. G. P. da T. — Anche come medico interino ha diritto alla indennità caro-viveri. Non avendo nulla percepito finora, può pretenderla con decorrenza dal 1° gennaio 1919. Il servizio interinale, per valere come periodo utile agli effetti del raggiungimento del diritto a pensione, deve essere accompagnato dal versamento del contributo prestabilito. Per operare tale versamento deve farne istanza al Consiglio provinciale di Sanità.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

CASTELVETERE DI CALORE (*Avellino*). — Condotto pei poveri; L. 3500; un decimo per tre sessenni, lire 1500 per indennità di accesso alle case di campagna. Scadenza 22 luglio.

CITTIGLIO (Como). — *Ospedale Luvini.* — Medico chirurgo direttore, lire 5400 più alloggio. Non meno sei anni di pratica chirurgica e due di pratica medicina interna. Documenti di rito e pubblicazioni. Scade 15 luglio. Per schiarimenti rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale.

COMO. *Ospedali di S. Anna ed Uniti Lc. Ph.* — A tutto 31 luglio, due posti di medico-chirurgo aggiunto, titoli ed esami; L. 3250 se coniugato, lire 2620 se celibe; L. 10 per ogni guardia notturna; riparto delle tasse. Un anno di prova. Chiedere annunzio alla segreteria del Consiglio di amministrazione.

CRESCENTINO (*Novara*). — Abitanti 2711; L. 4000 più L. 3 per ogni povero ammesso alla cura gratuita (inscritti 680). Mezzi trasporto L. 300. Scad. 20 luglio.

GHEDI (*Brescia*). — Abitanti 1648 con 1058 inscritti nell'elenco; L. 5000 fino a mille poveri, aumentabile dopo il primo biennio a L. 5500 e di L. 550 ogni quinquennio per 5 quinquenni. Oltre i mille poveri addizionale di L. 2 per persona. Indennità trasporto L. 2000 e L. 550 per U. S. Scad. 24 lugl.

GRUMELLO CREMONESE (*Cremona*). — Consorzio; abitanti 3537; L. 11500; mezzi trasporto L. 1500; funzioni U. S. L. 500; ambulatorio L. 300. Scad. 20 luglio.

ISEO (*Brescia*). — Abitanti 3800 con 1000 poveri; L. 5000 aumentabili a L. 5500 dopo il primo biennio e di un decimo ogni quinquennio per 5 quinquenni; mezzi trasporto L. 600; addizionale L. 2 per ogni persona inscritta nell'elenco dopo i 1000 e fino a 2000 e L. 4 in più di 2000. Per il carcere L. 100; per l'ospedale L. 450; per U. S. L. 400. Scad. 20 luglio.

MENTANA (*Roma*). — Condotta; L. 6000 lorde; cari viveri. Certificato punti riportati. Scad. 10 agosto.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; L. 4000 lorde e caro-viveri; titoli ed eventualmente esami. Scad. ore 17 del 15 agosto. Servizio entro 15 giorni.

PALAIA (*Pisa*). — Frazione Forcoli. Abitanti 1829. Condotta residenziale; L. 6000 e 4 quadrienni del decimo; cavalcatura L. 2000. Scad. 25 luglio.

S. GIUSTO CANAVESE (*Torino*). — Cura per soli poveri. Abitanti 2710. Stipendio L. 4000 più L. 500 per U. S. e L. 500 indennità alloggio. Scad. 25 lugl.

S. MARTINO DI VENEZZE (*Rovigo*). — Condotta; lire 6000 fino a 1000 poveri; per ogni gruppo di oltre 50 e frazioni di 50, L. 100; mezzi trasporto L. 2500; per alloggio L. 600; 5 aumenti quadriennali. Scadenza 20 luglio.

VISCHE (*Torino*). — Abitanti 2453. Stipendio lire 4000 fino a 300 poveri, oltre da L. 3 a L. 5 per povero; L. 500 per U. S. e L. 100 indennità alloggio. Bicicletta L. 500. Scad. 27 luglio.

Medico-Chirurgo con 5 anni di laurea, pratico condotta, cerca buon interinato per i mesi di luglio, agosto, settembre e ottobre, in provincia di Roma. — Scrivere: Lay Salvatore, Via Carlo Alberto, 4 - Roma.

Medico-Chirurgo-Ostetrico, ottimi titoli, cerca condotta Italia Centrale o Veneto, preferibilmente paese marino, oppure posto ospedale. — Indirizzare offerte precise Dottor Parisi Francesco, Via Cappuccini, Bitonto (Prov. di Bari).

Assumerebbe subito buon interinato medico-chirurgo, servizi ospedalieri e di condotta. Rivolgere domanda con offerte Farmacia Italo-Americana, Via Conte Verde, 22, Roma.

Diffide.

La Sezione di Novara dell'A. N. M. C. diffida gli organizzati a non concorrere al posto della seconda sezione urbana bandito dal Monte di Pietà, perchè non rispondente alle richieste fatte fin dal 25 gennaio dalla Sezione e la cui Amministrazione si è anche rifiutata di venire a trattative con i rappresentanti della Sezione.

Revoca di diffide: Solignano (Parma) e Forcoli (Pisa).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Colonnello Medico nella R. Marina, prof. Carlo Belli, Direttore della R. Scuola di Sanità Militare Marittima, è stato nominato membro onorario dell'Associazione dei Medici militari degli Stati Uniti.

Il prof. Pinzani Ernesto, direttore della R. Clinica ostetrico-ginecologica di Pisa, è nominato rettore di quella Università.

Il dott. Vincenzo Cagnetta ha conseguito a pieni voti la libera docenza in chirurgia operativa nella R. Università di Genova, svolgendo il tema «Chirurgia dell'uretere». Ha tenuto la lezione di prova sulle «Cranioplastiche».

Il dott. G. Cremonese, di Roma, ha conseguito la libera docenza in igiene, e ottenuto l'approvazione della Giunta Superiore della Pubblica Istruzione.

Il prof. G. Finzi è nominato Direttore consulente scientifico per l'Italia della Sezione Veterinaria dell'Istituto Sieroterapico Toscano di Siena, diretto dall'illustre professore Achille Sclavo.

Il dott. Eugenio Polzoni, di Collevecchio (Perugia), è stato nominato ufficiale della Corona d'Italia per distinti meriti professionali e larghe benemerenze acquistate nelle due ultime epidemie influenzali.

Il cav. dott. Alfonso D'Aniello, da Vietri sul Mare (Salerno), è stato promosso maggiore medico di M. T. con decorrenza d'anzianità ed assegni dal 1° aprile 1919.

NOTIZIE DIVERSE.

Casellario della tubercolosi a Napoli.

L'Ufficio d'Igiene del Comune di Napoli ha attuato un'importante iniziativa, impiantando il casellario sanitario della tubercolosi. Mediante la nuova istituzione, sarà possibile non soltanto avere un esatto censimento degli infermi di tubercolosi, ma si otterrà altresì la conoscenza delle condizioni di vita e di ambiente dei singoli infermi, ciò che conferirà la maggiore efficacia ai provvedimenti di profilassi, assistenza e cura, che solo così potranno essere convenientemente orientati.

Corso di perfezionamento.

Nell'Istituto per le Malattie Infettive «Roberto Koch» di Berlino, avrà luogo quest'anno dal 1° ottobre a Natale *un corso di perfezionamento per Medici*, che comprenderà tutto il campo della microbiologia e i più importanti capitoli dell'igiene. Lezioni ed esercitazioni dalle 10 alle 15. Inoltre si faranno escursioni per la visita ad impianti importanti nei riguardi dell'Igiene. L'insegnamento è impartito dai signori: H. A. Gins, F. K. Kleine, I. Koch, G. Lockernam, I. Morgenroth, R. Otto, O. Schiemann, Cl. Schilling, E. Ungermann, E. Zettuow.

Tempo utile per le iscrizioni fino al 1° settembre 1920.

Per informazioni rivolgersi alla «Geschaftstelle des Instituts für Infektions - Krankheiten Robert Koch» - Berlino n. 39, Föhrerstrasse 2.

La crisi della stampa medica.

Sospendono le pubblicazioni: in Francia, gli «*Archives de médecine expérimentale*», fondati da Charcot e giunti al 27° volume; in Germania, il «*Zentralblatt für Augenheilkunde*», fondati 43 anni or sono da Hirschberg, nonchè altri periodici di minore importanza e notorietà.

Il prezzo di abbonamento al *Zentralblatt für innere Medizin* e al *Zentralblatt für Chirurgie* è stato aumentato, nel corso dell'anno, da 30 a 50 marchi, per sopperire le maggiori spese di stampa.

Vittima della scienza.

Il dott. Jofroit, Direttore del reparto radiografico nel grande ospedale della Salpêtrière a Parigi, ha dovuto subire l'amputazione della mano sinistra in seguito a gravi ustioni prodotte dai raggi insidiosi. Due anni fa per la stessa ragione dovette essere amputato della mano destra e poi del braccio intero, ma non per questo abbandonò il suo posto di combattimento. Anche adesso, privo di ambedue le mani, questo eroe della scienza ha dichiarato che continuerà ad occuparsi della sua pericolosa specialità servendosi di mani artificiali.

Un'aggressione.

Il prof. Italo Franceschini, chirurgo dell'Ospedale di Pisa, è stato aggredito e ferito di notte, a scopo di rapina, mentre rincasava.

Indice alfabetico per materie.